



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Gestão em Enfermagem

Dissertação de Natureza Científica

Gestão do Risco Clínico
e Efetividade na Prevenção da Pneumonia de Aspiração

Dulce Maria Santos Carreiro Gonçalves

Lisboa
2019





Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Gestão em Enfermagem

Dissertação de Natureza Científica

Gestão do Risco Clínico
e Efetividade na Prevenção da Pneumonia de Aspiração

Dulce Maria Santos Carreiro Gonçalves

Orientadora: Professora Doutora Teresa Maria Santos Potra

Lisboa
2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Teresa Potra pela orientação, apoio, motivação e pertinência crítica, que tornou possível a realização deste trabalho.

Aos colegas de trabalho que acreditaram neste desafio desde o seu início, permitindo fazer o caminho necessário para chegar até aqui.

À Enfermeira Mavilde Vitorino pela sua disponibilidade e constante incentivo ao longo de todo este percurso e que me fez acreditar que é possível...

Aos utentes que, ainda que em situação vulnerável, nos dão ânimo para continuarmos a querer ser e fazer melhor em cada dia.

Ao meu marido e ao meu filho por compreenderem o tempo que estive ausente...

SIGLAS

AHA/ASA - American Heart Association/American Stroke Association

AIT – Acidente Isquémico Transitório

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CHLO – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

DGS – Direção Geral de Saúde

EA – Evento Adverso

eGUSS – Escala de Gugging Swallowing Screen

ENG – Entubação Nasogástrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

NIHSS - *National Institutes of Health Stroke Scale*

NPO – Nada Per Os

NPSA - *National Patient Safety Agency*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNA – Pneumonia de Aspiração

PO – Per Os

PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

RCAAG - Regulamento Competência Acrescida Avançada em Gestão

SAP – *Stroke Association Pneumonia*

SNG – Sonda Nasogástrica

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

UAVC – Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais

RESUMO

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a principal causa de morte em Portugal e um dos principais responsáveis pela presença de disfagia. A ocorrência de pneumonia de aspiração após afeições neurológicas como o acidente vascular cerebral é bastante comum, com uma incidência de 6%-22% (Wilson, 2012), representando um considerável aumento dos custos associados aos cuidados de saúde (DeLegge, 2002; Osborne et al., 2006; Wilson, 2012). A literatura recomenda que se efetue a avaliação da disfagia nos utentes com AVC agudo, previamente à administração de alimentação e/ou medicação, através de instrumentos validados.

O presente estudo teve como objetivo analisar o impacto da aplicação da escala *Gugging Swallowing Screen* (eGUSS) na prevenção da pneumonia de aspiração, na pessoa com AVC em fase aguda, numa Unidade AVC.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo, realizado com base em informação recolhida em processos clínicos. Foram selecionadas duas amostras de conveniência: a primeira (G0) num total de 106 utentes correspondendo a um período de seis meses prévios à aplicação da eGUSS; a segunda amostra (G1) num total de 91 utentes, corresponde a um período de seis meses após a aplicação da eGUSS. Definiram-se critérios de inclusão e exclusão. Os dados foram analisados com o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 25.0 para Windows. Para garantir a sua confidencialidade, todos os dados foram codificados e anonimizados de forma irreversível.

Resultados: Como principais resultados destaca-se a prevalência de disfagia de 39,2%, na amostra G0, na qual foi aplicado o teste de triagem com administração de 2 a 10 ml de água e, 54,9% na amostra G1, na qual foi aplicada a eGUSS. Quanto à prevalência de pneumonia de aspiração (PNA), os dados foram significativamente diferentes, obtendo-se 18% do total da amostra G0, (45,23% dos utentes com disfagia) e 4,4% na amostra G1, (8% dos utentes com disfagia). No que diz respeito à taxa de efetividade na prevenção da PNA, na amostra G0 foi de 54,76% versus 92% na amostra G1. Estes dados permitem concluir que a aplicação da eGUSS e as recomendações associadas vieram modificar substancialmente o número de casos diagnosticados com PNA, concluindo-se que a aplicação desta escala é de extrema relevância no que diz respeito à gestão do risco clínico em utentes com AVC.

Palavras Chave: Gestão do risco; Segurança do doente; Avaliação da disfagia; Prevenção da pneumonia de aspiração; Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Stroke is the leading cause of death in Portugal and a major cause of dysphagia. The occurrence of aspiration pneumonia after neurological diseases such as stroke is quite common, with an incidence of 6% -22% (Wilson, 2012). This represents a considerable increase in costs associated with health care (DeLegge, 2002; Osborne et al., 2006; Wilson, 2012). The literature recommends the assessment of dysphagia in patients with acute stroke through validated instruments, prior to feeding and / or medication.

This study aims to analyze the impact of the application of the eGUSS scale on the prevention of aspiration pneumonia in people with acute Stroke, in an Stroke Unit.

Methodology: Retrospective observational study, based on information collected in clinical processes. Two convenience samples were selected: the first one (G0) in a total of 106 users, corresponding to a period of six months prior to the application of the eGUSS scale; the second sample (G1), for a total of 91 users, corresponds to a period of six months after the application of eGUSS. Inclusion and exclusion criteria were defined. The data were analyzed with SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), version 25.0 for Windows. To ensure their confidentiality, all data has been encoded and irreversibly anonymised.

Results: The main results are the prevalence of dysphagia on 39.2% in the G0 sample, in which the screening test was administered with 2 to 10 ml of water. In the G1 sample, in which the eGUSS was applied, results achieved 54.9%. Regarding the prevalence of aspiration pneumonia, the data was significantly different: 18% of the total of the G0 sample (45.23% of the patients with dysphagia) and 4.4% in the G1 sample (8% of the patients with dysphagia). As for the effectiveness rate in the prevention of aspiration pneumonia, the G0 sample was 54.76% versus 92% in the G1 sample. These results allows us to conclude that the application of eGUSS and associated recommendations have substantially changed the number of cases diagnosed with aspiration pneumonia. Therefore, the application of this scale is extremely relevant to the management of clinical risk in patients with acute Stroke.

Keywords: Risk management; Patient safety; Evaluation of dysphagia; Prevention of aspiration pneumonia; Nursing.

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE TABELAS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

INTRODUÇÃO.....	12
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1. QUALIDADE EM SAÚDE	16
2. QUALIDADE EM ENFERMAGEM.....	19
3. GESTÃO DO RISCO CLÍNICO E SEGURANÇA DO UTENTE	25
4. GESTÃO DE CUIDADOS NA PESSOA COM DISFAGIA PÓS AVC	30
4.1. Disfagia na pessoa com AVC.....	30
4.2. Prevenção da aspiração.....	34
4.3. Avaliação da disfagia com a aplicação da escala Gugging Swallowing Screen (eGUSS) na prevenção da aspiração.....	36
4.4. Evidência da aplicação da escala de GUSS na avaliação da disfagia na pessoa com AVC.....	37
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	40
5. METODOLOGIA.....	40
5.1. Problemática	40
5.2. Objetivos.....	41
5.3. Tipo de estudo	42
5.4. Amostra em estudo e critérios de seleção.....	43

5.5.	Procedimentos de recolha e tratamento de dados	44
5.6.	Definição de variáveis em estudo	45
5.7.	Considerações éticas.....	48
6.	APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	50
6.1.	Resultados das variáveis correspondentes à amostra G0.....	50
6.2.	Resultados das variáveis correspondentes à amostra G1.....	53
6.3.	Comparação de resultados entre as amostras G0 e G1, relativos à taxa de prevalência de PNA e taxa de efetividade na prevenção da PNA.....	58
7.	DISCUSSÃO	59
8.	CONCLUSÃO.....	65
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70

APÊNDICES

Apêndice I - Cronograma Final

Apêndice II – Revisão Scoping

Apêndice II – Pedido de autorização ao Conselho de Administração do CHLO, EPE para a realização do estudo

ANEXOS

Anexo I – Escala de Avaliação da Disfagia - Gugging Swallowing Screen

Anexo II – Parecer Jurídico e Parecer do Departamento Proteção de Dados do CHLO, EPE

Anexo III – Parecer Favorável da Comissão de Ética para a Saúde do CHLO, EPE

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de Efetividade dos Cuidados de Enfermagem.....	22
Figura 2 – Fluxograma de seleção das amostras em estudo	44
Figura 3 - Análise entre Grau de Disfagia, NIHSS Médio e ocorrência de PNA – Amostra G1	57

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Codificação variável GUSS.Esc.	46
Tabela 2 – Codificação da variável disfagia em G0.....	46
Tabela 3 - Codificação da variável disfagia em G1.....	47
Tabela 4 - Codificação da variável NIHSS.Esc.....	47
Tabela 5 - Caraterização da população quanto ao Género e Idade Média-G0	50
Tabela 6 – Disfagia na admissão * PNA durante o internamento – Amostra G0	52
Tabela 7 - Caraterização da população quanto ao Género e Idade Média-G1	53
Tabela 8 – Tabulação cruzada NIHSS Inicial Esc. * NIHSS Alta Esc. – Amostra G1.....	55
Tabela 9 – Disfagia na admissão * PNA durante o internamento – Amostra G1	56

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Prevalência de Disfagia na Admissão – Amostra G0	51
Gráfico 2 – Prevalência de PNA – Amostra G0.....	51
Gráfico 3 – Prevalência de PNA na população com risco prévio – amostra G0.....	52
Gráfico 4 – Prevalência de disfagia na admissão – Amostra G1	53
Gráfico 5 – <i>Score</i> eGUSS na admissão e na alta/transferência – Amostra G1	54
Gráfico 6 – Evolução do <i>Score</i> eGUSS ao longo do internamento – Amostra G1	54
Gráfico 7 – Prevalência de PNA – Amostra G1	55
Gráfico 8 – Prevalência de PNA na população com risco prévio – Amostra G1	57
Gráfico 9 – Taxa de prevalência de PNA e Taxa de efetividade na prevenção da PNA.....	58

INTRODUÇÃO

A prestação de cuidados de saúde, pela sua complexidade e pelas atividades que desenvolve, tem associado um grau de risco ponderável, que requer dos profissionais uma intervenção atenta e contínua para garantir ao utente¹ a maior segurança possível.

A segurança do doente faz parte da agenda política a nível internacional. Muitos países do mundo, entre os quais Portugal, já reconheceram a importância desta temática e estão a desenvolver estratégias para enfrentar o desafio, no sentido de melhorar a qualidade e a segurança dos utentes.

O documento “Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020” afirma que “a qualidade e segurança são uma obrigação ética porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados” (Despacho n.º 5613/2015, p. 13551).

Para Sousa (2006), a melhoria da segurança exige um complexo sistema de sinergias e abrange quase todas as áreas de atuação e atores da prestação de cuidados, tendo como principal objetivo a prevenção da ocorrência de eventos adversos (EA) que tenham consequências nefastas para a segurança e/ou saúde do utente.

Estes EA são uma realidade e entre os mais frequentes nos hospitais, salientam-se: as quedas, a aspiração, as úlceras por pressão, a infeção associada aos cuidados de saúde, o erro na administração terapêutica medicamentosa, entre outros. É conhecido pela comunidade científica que os EA representam um agravamento dos custos económicos e sociais, pelo aumento do tempo de internamento, maior morbilidade e mortalidade (Ehsani et al., 2006; Goodman et al., 2011; Allué et al., 2014; e Sousa-Pinto et al., 2018).

Neste sentido, também a Ordem dos Enfermeiros (OE), no documento de tomada de decisão sobre a segurança do doente, afirma que,

¹ Ao longo do presente trabalho será utilizado o termo utente como designação da pessoa que é alvo dos cuidados de saúde. Todavia as palavras doente e cliente poderão surgir ao longo do texto, de forma a manter a fiabilidade na referência dos textos, quando são mencionados documentos associados à segurança dos doentes que usem essa designação ou citações de outros autores.

“a responsabilidade do enfermeiro associa a capacidade de responder pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega, e o sentido projetivo, por antecipação, acautelando no sentido de prevenir prejuízos futuros, num duplo imperativo de proteger a pessoa e garantir a excelência do exercício.” (OE, 2006, p.10)

Segundo Richardson & Storr (2010), os enfermeiros, devido à sua proximidade aos utentes, estão idealmente posicionados para atuar na promoção da segurança e qualidade dos cuidados de saúde.

O enfermeiro gestor como ator interveniente na gestão de cuidados tem aqui um papel preponderante, sendo da sua competência acompanhar a prática diária, motivando os profissionais para a melhoria contínua no desempenho através da prática baseada na evidência e orientada para os resultados a alcançar, monitorizando regularmente os indicadores, criando as condições para manter ambientes seguros (OE, 2018). Neste sentido, a monitorização e a avaliação da disfagia na pessoa com acidente vascular cerebral (AVC) em fase aguda, integrada na área da gestão do risco clínico, constituiu-se como uma problemática da máxima pertinência a ser investigada.

O Acidente Vascular Cerebral é a principal causa de morte em Portugal (10,8% em 2015) e, uma das principais causas de incapacidade nos indivíduos (INE, 2017). É por isso fácil pressupor que esta patologia é responsável pelo enorme acréscimo de custos financeiros - diretos e indiretos, custos estes, que as entidades de saúde e cidadãos em geral, têm de suportar.

Além destes e não menos importantes no contexto da prestação dos cuidados de saúde, não nos podemos esquecer das enormes implicações na qualidade de vida dos cidadãos afetados por esta patologia.

A prevalência da disfagia na pessoa acometida por AVC tem uma enorme relevância, estando presente em 42% a 67% dos utentes nos primeiros 3 dias. Destes 50% aspiram e um terço dos que aspiram desenvolve pneumonia que requer tratamento (Donovan et al., 2012). Em consequência, a pneumonia nos utentes com AVC é responsável pelo aumento do tempo de internamento, mortalidade e aumento dos custos hospitalares (Jauch, et al., 2013; Bijani, et al., 2014).

A identificação precoce da disfagia, assim como o risco de aspiração é um passo fundamental na intervenção clínica prevenindo muitos dos efeitos adversos na saúde dos utentes com AVC.

Os efeitos adversos incluem não só a aspiração, como a pneumonia, desidratação, desnutrição, suscetibilidade para outras doenças e, em último caso, a morte (Donovan, et al., 2012; Jauch, et al., 2013).

A disfagia e os seus efeitos adversos aumentam a insatisfação dos utentes, estando esta relacionada com um tempo de internamento mais prolongado, a reduzida habilidade para participarem no programa de reabilitação e o reduzido nível de independência após a alta (Donovan, et al., 2012).

A necessidade urgente de uma nova abordagem ao utente com disfagia pós AVC é hoje indiscutível, dado que existem múltiplos estudos que comprovam que a aplicação de um protocolo formal de avaliação da disfagia reduz a incidência de pneumonias de aspiração em utentes hospitalizados (Jauch, et al., 2013; WL, et al., 2013; Yeh, et al., 2011), reduz o tempo de internamento e os custos globais nos cuidados aos utentes (Gandolfi et al., 2014; Palli et al., 2017).

Gerir o risco em enfermagem passa por monitorizar e analisar a prática de cuidados, procurando identificar e compreender todas as situações que colocam o utente em risco com o objetivo de desenvolver estratégias de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Neste contexto, procedeu-se à monitorização e avaliação dos resultados obtidos pela avaliação da disfagia com a aplicação da escala de *Gugging Swallowing Screen* (eGUSS), no seguimento de um projeto já implementado. A principal finalidade consistiu em avaliar a efetividade desta intervenção, na prevenção da pneumonia de aspiração na pessoa acometida por AVC isquémico em fase aguda, em dois períodos distintos de seis meses, em que um período corresponde a seis meses prévios (Amostra G0) e o outro a seis meses posteriores (Amostra G1) à aplicação da eGUSS e recomendações associadas.

Este trabalho está estruturado em 8 capítulos distribuídos por duas partes: I) Enquadramento Teórico, baseado numa revisão de literatura, onde são descritos os principais conceitos, definições e evidência associadas à Qualidade em Saúde; Qualidade em Enfermagem; Gestão do Risco Clínico e Segurança do Utente e, Gestão de Cuidados na Pessoa com Disfagia pós AVC; II) Estudo Empírico, com o capítulo da Metodologia no qual se apresenta a fundamentação da problemática e se descreve todo o percurso metodológico efetuado até à obtenção de resultados, seguindo-se a Apresentação dos Resultados, a Discussão dos mesmos, realizada em confronto com a literatura atual e, por fim a Conclusão onde se destacam os

elementos fundamentais que estiveram na génese e conceptualização do estudo bem como a síntese dos resultados obtidos.

Como elementos pós-textuais encontram-se a bibliografia, apêndices e os anexos. Todo o trabalho foi elaborado e organizado de acordo com as normas da APA (ESEL, 2017), como está definido no regulamento da ESEL.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. QUALIDADE EM SAÚDE

O conceito de qualidade é difuso e de difícil definição. Tem evoluído ao longo dos tempos e abarca diferentes perspetivas consoante os intervenientes, sejam eles clientes, profissionais ou gestores. A sua origem remonta aos anos 30 e a sua definição bem como as metodologias associadas, foram disseminadas a partir da indústria, por autores como Deming, Juran ou Ishikawa e, adaptadas à saúde, particularmente por Avedis Donabedian. No entanto, a preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde atravessa toda a história da Medicina, desde Hipócrates, passando por Florence Nightingale e Ernest Codman (DGS, 2010).

Na indústria, a qualidade de um produto ou serviço foi definida por Juran, como a aptidão para o uso, aplicando a trilogia da qualidade: planejar, controlar e melhorar. Já Ishikawa é o primeiro a criar os círculos da qualidade e diz que esta deve estar presente a todos os níveis do produto, do pós-venda, da gestão, da organização e das pessoas, culminando na satisfação dos requisitos dos consumidores (Mezomo, 2001), em todos os casos existe uma noção de adequação às expectativas de quem compra um produto ou utiliza um serviço.

No âmbito da qualidade em saúde, existem inúmeras definições. O Instituto da Medicina dos EUA define qualidade em saúde como “... o grau em que os cuidados de saúde são prestados aos indivíduos e populações promovem os resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual” (in Pereira, 2009, p.63).

Para a Agency for the Research and Quality, citada por Hoeman (2011, p.155) a qualidade em saúde é “fazer o que está certo, no momento certo, de forma certa – e com os melhores resultados possíveis”. Segundo Lord Kelvin, o primeiro passo para se incrementar a qualidade consiste na sua mensuração dado que *“If you cannot measure it, you cannot improve it”*, (AHA/ASA, 2017, pg.77).

Donabedian (2005), considerado o “pai” da qualidade em saúde, refere que esta resulta do produto da interação de três fatores: técnica que se refere à aplicação de conhecimentos científicos e técnicos na solução do problema de saúde do cliente; interpessoal que se refere à relação que se estabelece entre quem presta o serviço e o cliente; e ambiental que se refere às condições oferecidas ao cliente em termos de conforto e bem-estar.

No seu constructo, Donabedian (2005) aborda ainda uma das preocupações da atualidade, referindo que a obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos para o utente, se define em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes, incluindo assim o fator equidade e a relação custo-benefício. Para este autor, a qualidade em saúde pressupõe sete dimensões: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, acessibilidade, legitimidade e equidade.

Não é suficiente definir e dimensionar a qualidade, torna-se necessário efetuar a sua monitorização e avaliação. Donabedian (2005), propõe que esta avaliação assente na tríade estrutura-processo-resultados. Por **estrutura** entende-se como as condições sob as quais os cuidados e serviços são disponibilizados – equipamentos e materiais, recursos humanos, características organizacionais como a forma de organização dos cuidados, o clima e a cultura organizacional, a liderança, entre outros; por **processo** entende-se as atividades que representam os cuidados prestados, não esquecendo os conhecimentos científicos demonstrados pelos profissionais nas suas competências e na tomada de decisão bem como nas relações interpessoais; e os **resultados** referem-se às mudanças operadas no estado de saúde dos indivíduos, famílias ou comunidades atribuídas aos cuidados, efetuando a comparação entre o que foi planeado e o que foi efetivamente realizado.

Seja qual for a definição de qualidade, a verdade é que a necessidade de se implementarem sistemas de qualidade é hoje assumida por vários organismos internacionais. A melhoria da saúde e bem-estar da população e a equidade no acesso aos cuidados de saúde têm sido temas de forte preocupação das políticas europeias nos últimos tempos. A estratégia Health 2020 vem destacar a importância do reforço da liderança e governança para a saúde na concretização destes objetivos (DGS, 2015).

Seguindo esta linha, em Portugal, a qualidade dos cuidados de saúde é uma das prioridades da Direção-Geral da Saúde, estando bem definida e apresentada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 aprovada pelo Despacho nº 5613/2015 de 27 de maio. De acordo com o enunciado no documento:

a qualidade em saúde, definida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão (Despacho nº 5613/2015, p.13551).

Existe claramente uma preocupação com a qualidade em função dos recursos disponíveis, sendo este um grande desafio para todos os gestores em saúde, onde se integra também o enfermeiro gestor.

A qualidade é uma componente estratégica e fundamental na prestação de cuidados de saúde, qualquer que seja o desenvolvimento económico do País ou o tipo de sistema de saúde. A qualidade e segurança “são uma obrigação ética porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados” (Despacho n.º 5613/2015, p. 13551).

Neste sentido, também os enfermeiros, enquanto prestadores de cuidados de saúde, têm desenhado um longo caminho na procura de novos modelos teóricos que conduzam a práticas de mais qualidade e maior segurança para si e para aqueles que são alvo dos seus cuidados. No capítulo seguinte serão abordadas algumas das teorias desenvolvidas com este fim.

2. QUALIDADE EM ENFERMAGEM

A transformação dos serviços de prestação de cuidados de saúde e a emergência de novos modelos de gestão e governação, desafiam as profissões da saúde a demonstrarem e documentarem a qualidade da sua contribuição para a saúde das pessoas (Amaral, 2010).

A profissão de enfermagem não é exceção e, a procura de novos modelos operacionais de prestação de cuidados de enfermagem que maximizem os recursos disponíveis, assegurando cuidados de qualidade, tem marcado o caminho das últimas décadas (Dubois et al., 2012).

No entanto, a preocupação com a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros não é recente. Já Florence Nightingale, durante a Guerra da Crimeia (1853 a 1855), constatou através de registos escritos da sua observação, que a falta de higiene contribuía para a elevada mortalidade, o que a levou a introduzir mudanças nas práticas de higiene dos utentes e dos utensílios utilizados, reduzindo drasticamente a taxa de mortalidade (Athayde, 2016). Este é considerado o primeiro modelo de melhoria contínua da qualidade em saúde.

Daqui até aos diferentes programas de acreditação existentes nos dias de hoje, passando pela implementação de *guidelines* de boas práticas promovidas por diversas associações profissionais, a elaboração de instrumentos e ferramentas de avaliação da qualidade como por exemplo, as auditorias, a criação de diversos organismos oficiais que emitem normas e controlam a sua aplicação, entre outros, o caminho tem sido longo, contudo, todas estas estratégias demonstram a preocupação com a avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Ainda assim, tal como o conceito de qualidade em saúde, também a qualidade dos cuidados de enfermagem é de difícil definição. Hesbeen (2001) define a qualidade dos cuidados de enfermagem, como:

uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem, como perspetiva, que ela, bem como os que a rodeiam alcancem a saúde. Ela requer uma atenção particular para com as pessoas, criada pela preocupação com elas com o respeito por elas. Ela procede da utilização coerente e complementar dos diversos recursos de que a equipa de profissionais dispõe e constitui a prova dos talentos destes profissionais. Ela inscreve-se num contexto político, económico e organizacional com orientações, meios e limites pertinentes e claramente identificados. (p. 52).

Esta definição tem um caráter subjetivo e dificilmente se operacionaliza em objetivos concretos passivos de serem medidos. No entanto, ela remete para o cuidado centrado na pessoa, considerando a visão holística da prestação de cuidados. O desempenho de um modelo de cuidados centrados na pessoa, implica por parte de quem cuida o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais, capacidade para tomar decisões priorizando o que é verdadeiramente prioritário para o utente (McCormack & McCance, 2006).

Numa visão mais objetiva, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001), definiu um quadro de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, apresentando seis categorias de enunciados descritivos: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem. Estes enunciados constituem uma referência para os enfermeiros, apontando as linhas orientadoras pelas quais podem desenvolver uma prática de excelência. Potra (2015) refere-se aos enunciados descritivos como uma matriz conceptual com potencial para orientar o exercício profissional dos enfermeiros, promovendo e proporcionando, entre outros, a reflexão sobre os cuidados prestados, a orientação da tomada de decisão em enfermagem, bem como a visibilidade da dimensão autónoma do exercício profissional.

Assim, a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros resulta da conjugação destas duas vertentes, como refere Hesbeen (2001), a qualidade é fortemente marcada pelo empenhamento, atitudes e comportamentos de quem cuida, não descurando a importância dos conhecimentos técnicos e científicos.

Neste enquadramento, não pode ser esquecido o ambiente organizacional em que se desenvolvem estas diferentes competências. O ambiente da prática de cuidados vem tomando a sua importância desde a década de 80, assumindo um papel influenciador nos resultados dos cuidados de enfermagem (Aiken, Havens & Sloane, 2002; Lake, 2002). Aiken, Havens & Sloane (2000), referem que as características do ambiente da prática podem determinar a qualidade e a segurança na prestação de cuidados. Para Lake (2002), os ambientes favoráveis à prática de enfermagem são aqueles que se caracterizam pela adequação de recursos humanos e materiais, participação efetiva dos enfermeiros na governação interna das organizações, existência de fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados, gestão, liderança e suporte aos enfermeiros e, a existência de boas relações entre os diferentes grupos profissionais (Elvio et al., Roque & Amaral, 2015).

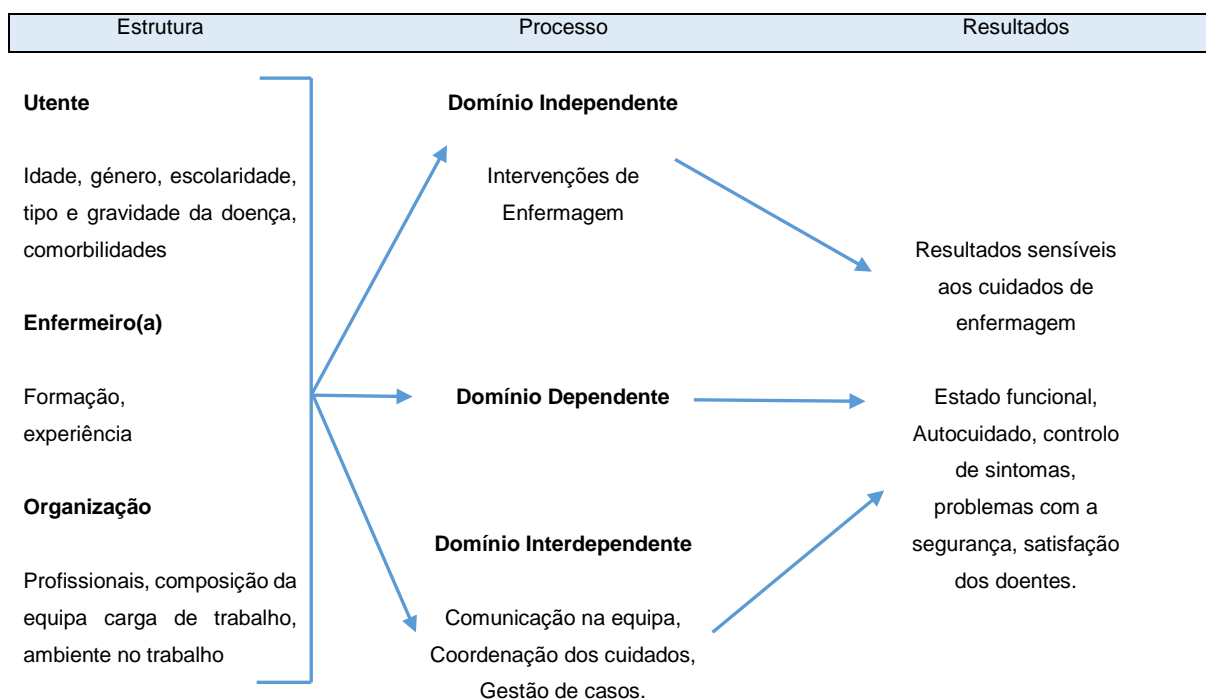
São várias as teorias que podem fundamentar a prática de Enfermagem, no entanto, “difícilmente alguma consegue descrever o que é a enfermagem no seu todo” (Ferreira & Amendoeira, 2015, p.398).

Com o intuito de avaliar o contributo dos enfermeiros nos cuidados de saúde, surge em 1998 o Modelo da Efetividade dos Cuidados de Enfermagem (Nursing Role Effectiveness Model) proposto por Irvine Doran e colaboradores, apresentando um conjunto de relações entre as variáveis de estrutura, processo e resultados. A sua inspiração veio do modelo de avaliação da qualidade desenvolvido por Donabedian (1996), assente na tríade constituída por aquelas componentes cujo objetivo consiste em identificar os fatores que nas organizações de prestação de cuidados de saúde afetam a qualidade dos cuidados aos utentes. Na sua estrutura são incluídos os fatores organizacionais que permitem o desenvolvimento do trabalho; no processo é aferido o desempenho das atividades inerentes à prestação de serviços e os resultados evidenciam o nível de saúde, satisfação de padrões e expectativas do utente (Irvine et al., 1998).

Donabedian (2005) refere que a efetividade parte da comparação entre o nível atual de desempenho e o nível de resultados que os conhecimentos da ciência e tecnologia já permitem alcançar. Indica, assim, a relação entre a melhoria possível e a efetivamente obtida.

O modelo de Irvine Doran et al. (1998, Figura 1), permite-nos analisar como a componente da estrutura, que envolve a pessoa, os enfermeiros e variáveis organizacionais, pode influenciar o processo e os resultados dos cuidados.

FIGURA 1 - MODELO DE EFETIVIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM



Fonte: Adaptado de Irvine, Sidani, & McGillis Hall (1998)

A qualidade é, segundo este modelo, mediada pelos elementos estruturais do contexto de prestação de cuidados, pelo processo que os prestadores de cuidados aplicam e pelas alterações – resultados – que resultam da interação entre o sujeito dos cuidados e os outros elementos (Ferreira & Amendoeira, 2015).

Os estudos que têm sido desenvolvidos com este modelo, possibilitam a avaliação da efetividade das intervenções a partir dos resultados esperados (Azzolin et al, 2011), assumindo-se que a efetividade diz respeito à capacidade de promover resultados esperados, na relação entre os resultados conseguidos e os resultados propostos.

Burns & Grove (2011) e Amaral et al. (2014) descrevem as atividades de Enfermagem inerentes à componente de “Processo” como autónomas, dependentes e interdependentes. As atividades autónomas dos enfermeiros incluem ações iniciadas pelos mesmos em resposta aos problemas da pessoa, avaliando-os, diagnosticando, estabelecendo intervenções de enfermagem e reavaliando. No contexto deste trabalho, a intervenção avaliação de disfagia/risco de aspiração é uma atividade autónoma dos enfermeiros que lhes permite introduzir medidas corretivas passíveis de promover modificações positivas nos *outcomes* dos utentes, resultando em ganhos em saúde para os próprios e para o sistema de saúde.

O objetivo fundamental dos cuidados de Enfermagem é produzir ganhos em saúde. Ganhos esses que poderão ser considerados sensíveis aos cuidados de enfermagem se existirem “evoluções positivas ou modificações operadas no estado dos diagnósticos de enfermagem, após as intervenções”, a que correspondem os resultados sensíveis (OE, 2004, p. 6). Ao avaliar os resultados sensíveis pretende-se, precisamente, avaliar e evidenciar a intervenção de Enfermagem na perspetiva do seu contributo para a obtenção de ganhos em saúde (OE, 2004; Seabra et al., 2013).

Os resultados da prestação de cuidados de enfermagem são um componente essencial da avaliação da qualidade e efetividade desses cuidados. A avaliação de resultados na pessoa constitui uma importante fonte de evidências sobre a eficácia dos cuidados de enfermagem (Doran et al., 2006). De acordo com Ferreira & Amendoeira (2015), a excelência dos cuidados só se torna possível se se apostar na qualidade dos mesmos, tornando-se necessária a sua respetiva avaliação.

Nesta perspetiva, podemos afirmar que as intervenções de enfermagem carecem de ser alvo de avaliação, considerando-se imperiosa a definição de indicadores sensíveis a essas mesmas intervenções.

Os indicadores são ferramentas, destinadas a avaliar e monitorizar a qualidade de um serviço, visando o acesso à eficiência, eficácia, confiabilidade e integridade dos processos de trabalho, constituindo uma importante prática para a avaliação dos serviços de saúde (Tronchin et al., 2009). Resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem são aqueles que são relevantes, baseados no domínio da disciplina e da prática, e para os quais existe evidência empírica que relaciona as intervenções de enfermagem com os resultados (Doran et al., 2011). Estes fornecem informação sobre como os utentes respondem às intervenções e são usados como indicadores de base para o planeamento e avaliação de cuidados.

O acesso à informação é crucial neste processo. Em Portugal, a sua importância tomou grande relevo a partir do estudo desenvolvido por Silva (2006) sobre os sistemas de informação de enfermagem que vieram proporcionar a reflexão sobre as práticas, permitindo assim a criação de indicadores de resultado. Estes sistemas de informação para as unidades de saúde, permitem documentar os cuidados disponibilizados aos utentes, o que facilita a sua continuidade, promove a investigação e possibilita a utilização dos dados no financiamento dos serviços de saúde. Com o desenvolvimento destes sistemas de informação, a OE apresenta em 2007, o

Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem, no qual é proposto um painel de indicadores “concebidos como marcadores específicos do estado da saúde das populações, capazes de traduzir o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população” (OE, 2007: RMDE, p. 2).

Neste contexto, de acordo com os PQCE (OE, 2001) e com o Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão (OE, 2018), o enfermeiro gestor deve criar as condições necessárias para a avaliação da satisfação dos utentes, responsabilizar-se pela garantia da qualidade dos cuidados prestados promovendo ações que visem a melhoria contínua da qualidade, fomentar a formação contínua dos elementos da equipa, colaborar na avaliação dos cuidados e na criação de indicadores de gestão, entre outros.

Atualmente, a avaliação da disfagia é reconhecida como um indicador de qualidade dos cuidados de saúde (AHA/ASA *Guidelines*, 2016). Consideramo-la tão relevante porque conceptualmente se sabe que uma intervenção inadequada e descontextualizada pode conduzir a complicações de extrema relevância para a condição clínica do utente. A realização deste estudo pretende monitorizar e avaliar através dos indicadores aferidos, quais os ganhos em saúde para os utentes submetidos à intervenção de enfermagem na avaliação da disfagia e, se assim for o caso, proceder à introdução de medidas corretivas que visem a melhoria contínua da qualidade. Este momento constitui ainda uma oportunidade para fomentar a motivação da equipa do serviço onde é aplicado, pois, permite dar feedback dos resultados das práticas, estimulando e envolvendo os profissionais numa aprendizagem contínua da prática baseada na evidência.

Na génese deste estudo estão subentendidos três aspetos fundamentais na gestão do risco clínico: a identificação e avaliação do risco e a monitorização de indicadores de segurança do utente. No próximo capítulo será efetuada uma breve contextualização sobre a importância desta gestão para a qualidade e segurança do utente.

3. GESTÃO DO RISCO CLÍNICO E SEGURANÇA DO UTENTE

A qualidade e a segurança são indissociáveis. Os profissionais de saúde assumem o compromisso da proteção da pessoa, a responsabilidade da prestação de cuidados seguros e a garantia da excelência dos cuidados. Neste sentido torna-se imperativo implementar uma gestão do risco clínico que permita minimizar as perdas e otimizar as oportunidades de saúde.

A Gestão do Risco nos hospitais portugueses começou a dar os primeiros passos no final da década de 90, a partir dos projetos voluntários de melhoria da qualidade em saúde, conduzidos pelo *Caspe Healthcare Knowledge Systems* (ex-King's Fund) e Joint Commission International (JCI) (Ramos & Trindade, 2011). A Gestão do Risco na Saúde é uma metodologia de excelência que contribui para aumentar a segurança de todos.

A Direção Geral de Saúde (DGS, 2011, p.17) descreve o Risco “como a probabilidade de ocorrência de um incidente”. Segundo Nunes (2006, p.11), o objetivo da gestão do risco enquanto processo “que identifica, analisa e trata potenciais perigos num contexto de prática circunscrita”, é identificar e eliminar riscos potenciais antes que alguém seja ferido ou lesado e desenvolver e avaliar políticas e procedimentos que definam *guidelines* na instituição e para a prática direta. Os cuidados prestados às pessoas requerem segurança o que inclui a informação sobre os riscos e a redução do risco.

Para Fragata (2009, p77.), o risco clínico,

corresponde a um conjunto de medidas destinadas a melhorar a segurança e, logo assim, a qualidade de prestação de cuidados de saúde, mediante a identificação prospectiva das circunstâncias que colocam os doentes em risco e pela atuação destinada a prever e a controlar esses mesmos riscos. Esta tem como duplo objetivo limitar a ocorrência de eventos adversos (prevendo) e minimizar os danos que provocam (recuperando).

O seu objetivo final é monitorizar e analisar tais casos para compreender em que condições aconteceram e redesenhar processos ou desenvolver estratégias de melhoria para reduzir ou eliminar a probabilidade de voltarem a acontecer no futuro, (Fragata & Martins, 2005).

A metodologia de identificação do risco é pró-ativa, consistindo em perceber o que na nossa intervenção, potencia acontecimentos indesejáveis e não esperados, para que se criem os mecanismos preventivos de modo a impedir que estes acontecimentos indesejáveis se concretizem.

Para Ramos & Trindade (2011), esta é a fase mais difícil do processo, pois implica que o profissional se distancie e olhe para as suas rotinas com um olhar novo, o que constitui um esforço para todos. A capacidade de identificar e gerir o risco surge como um imperativo quando se pretende promover a qualidade e a segurança na prática de cuidados.

A preocupação com a segurança do doente faz parte da agenda política a nível internacional. Desde que em 2000 se publicou o estudo “*To Err Is Human – Building A Safer Health Care System*”, que a segurança do doente se tornou um objetivo económico e político nos países ocidentais (Konh; Corrigan & Molla et al., 2000). Com esta preocupação, em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS), constituiu o movimento “*World Alliance for Patient Safety*” (WHO, 2004), especificamente para este fim.

Também no Reino Unido, a segurança do doente é uma prioridade desde há muitos anos e foram desenvolvidos vários projetos nacionais que incluíram a criação de uma Agência Nacional para a Segurança do Doente (*National Patient Safety Agency – NPSA*). A metodologia recomendada pela NPSA (2008), assenta em cinco passos: a identificação do fator de risco; identificação dos indivíduos expostos ao risco; a avaliação do risco; a determinação das prioridades de intervenção; a definição das medidas a implementar e a reavaliação.

Muitos países do mundo, entre os quais Portugal, já reconheceram a importância desta temática e estão a desenvolver estratégias para enfrentar este desafio, no sentido de melhorar a qualidade e a segurança dos utentes.

A DGS (2011, p.24) define a segurança do utente como

a redução do risco de dano desnecessário relacionado com os cuidados de saúde para um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo. É ainda definida como a ausência de lesões acidentais resultantes de erro médico ou de evento adverso inevitável.

Neste conceito é visível a preocupação com a segurança do utente e com a qualidade dos cuidados de saúde, que devem ser apropriados e efetivos, com baixo risco e de custos socialmente suportáveis.

Os enfermeiros encontram-se na linha da frente na prestação de cuidados, pelo que a sua intervenção permite-lhes participar ativamente na deteção e prevenção de erros e eventos adversos (EA).

O risco de ocorrência de eventos adversos é uma realidade, tendo levado os enfermeiros a desenvolverem estratégias de promoção da segurança do utente hospitalizado. Entre os eventos adversos mais frequentes nos hospitais, salientam-se: as quedas, a aspiração, as úlceras por pressão, a infeção associada aos cuidados de saúde, o erro na administração terapêutica medicamentosa, entre outros. Estes EA representam um agravamento dos custos económicos e sociais, pelo aumento do tempo de internamento, maior morbilidade e mortalidade.

De acordo com dados de Espanha, Reino Unido e Austrália, o período de internamento devido a EA pode aumentar em média, quatro a dez dias (Allué et al., 2014). Num estudo realizado no estado australiano de Victoria, por Ehsani et al. (2006), verificou-se que a mortalidade hospitalar na população que sofreu eventos adversos, foi sete vezes superior. Por sua vez, nos Estados Unidos, Goodman et al. (2011), estima que em 2006, os EA podem ter causado 187.000 mortes com um custo associado de 958 biliões de dólares americanos.

Em Portugal, num estudo retrospectivo censitário das ocorrências de EA relatadas no sistema de classificação de doentes na base de dados dos "Grupos de Diagnósticos Homogéneos" (GDH), referentes aos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), no ano 2008, em Portugal Continental (n = 1.680.379 episódios de internamentos), realizado por Mansoa et al. (2011), verificou-se um aumento da demora média de internamento em mais 10,7 dias, com um custo de 4, 436€ por EA, causando um impacto no custo total em saúde de 184 milhões de euros. Os mesmos autores referem ainda que embora não seja possível afirmar que exista uma associação direta entre os EA e causa de morte, foi possível constatar que 5,7% (n = 2.498) dos indivíduos afetados por pelo menos um EA, faleceram no decorrer do internamento.

Mais recentemente, Sousa-Pinto et al. (2018), realizaram um estudo retrospectivo observacional com base numa análise dos dados de todos os internamentos entre 2000 e 2015 nos hospitais públicos portugueses em que foram identificados todos os episódios com registo de EA, com o objetivo de avaliar a frequência e o impacto dos mesmos nos indivíduos internados. Nas suas conclusões verificou-se a existência de pelo menos um registo de EA, em 5,8% de todos os internamentos ocorridos nos hospitais públicos portugueses neste período de tempo. Os episódios com registo de EA tiveram um tempo médio de internamento mais longo, (8 dias versus 4 dias; $p < 0,001$) e mais caro (tempo médio de hospitalização de 3060,70€ contra 1759,60€; $p < 0,001$) do que os internamentos sem registo. Além destes valores, os indivíduos com registo de EA apresentaram significativamente maior mortalidade hospitalar (6,7% contra 4,7%; $p < 0,001$). As hospitalizações com mais de um EA tiveram uma duração média de

internamento de 11 dias com custos hospitalares associados de 4504,0€ e uma mortalidade intra-hospitalar de 11,2%.

Inúmeros estudos e publicações, em vários países como os EUA, Suécia Inglaterra, Espanha, Canadá e também Portugal, evidenciam a frequência dos EA, demonstrando uma taxa de incidência que varia entre cerca de 4% a 17% em sistemas de saúde menos desenvolvidos. Destes, cerca de 40 a 80% são considerados preveníveis ou evitáveis. Portugal apresenta uma taxa de incidência de 11,10%, dos quais 53% são evitáveis (Rodrigues, 2015).

As consequências dos eventos adversos atingem diretamente os utentes, acarretam danos físicos, morais, patrimoniais e sofrimento, representando desta forma elevados custos para o setor da saúde, que no contexto de crise económica e de escassez de recursos se torna imprescindível controlar e minimizar (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2015).

Segundo o Instituto da Medicina (2004), os enfermeiros representam um papel central na segurança do doente, pelo que a criação de ambientes de trabalho favoráveis às práticas deverá constituir uma preocupação central de todas as organizações de saúde, preocupadas com a segurança do doente. Existe hoje uma forte evidência científica que as melhorias associadas ao ambiente da prática podem constituir uma estratégia, de custo relativamente baixo, para melhorar a segurança e a qualidade na assistência hospitalar (Aiken et al., 2012).

Na análise efetuada pelo documento *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses* (Institute of Medicine, 2004) é evidenciada a relação estabelecida entre a segurança do doente e o ambiente de trabalho dos enfermeiros na forma como os cuidados são prestados. Este documento refere ainda a importância que têm os ambientes e projetos de trabalho na prevenção e redução dos erros, a necessidade de implementação de uma liderança transformacional, visando a maximização da capacidade de trabalho dos enfermeiros, criando e sustentando uma cultura de segurança.

Por sua vez, a Ordem dos Enfermeiros, no documento de tomada de decisão sobre a segurança do doente (OE, 2006, p.10), afirma que:

a responsabilidade do enfermeiro associa a capacidade de responder pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega, e o sentido projetivo, por antecipação, acautelando no sentido de prevenir prejuízos futuros, num duplo imperativo de proteger a pessoa e garantir a excelência do exercício.

É fundamental o desenvolvimento de uma cultura de segurança nos processos de cuidados, focada na eficácia da redução do erro e não na culpabilização dos indivíduos, modificando o

paradigma da cultura punitiva tradicional das instituições de saúde para uma cultura mais justa, onde os profissionais manifestem abertamente o erro, melhorando continuamente as suas práticas.

Gerir o risco é parte integrante deste processo e cabe a todos os profissionais intervenientes. Os enfermeiros, no cumprimento das suas funções, têm o dever de estar atentos a todas as intervenções que possam colocar em risco a segurança do utente, promovendo as modificações necessárias para que as suas práticas se traduzam em ganhos em saúde. A avaliação da disfagia no utente com AVC em fase aguda na admissão hospitalar, é uma intervenção crucial para a prevenção da aspiração e das complicações associadas. O capítulo que se segue, incide na abordagem pormenorizada desta problemática.

4. GESTÃO DE CUIDADOS NA PESSOA COM DISFAGIA PÓS AVC

Este capítulo é constituído por quatro subcapítulos, nos quais se procura descrever a problemática da disfagia na pessoa com AVC e a importância da intervenção de enfermagem para eliminar e/ou reduzir os riscos de complicações associadas, através da aplicação de uma escala de avaliação e respetivas medidas recomendadas.

4.1. Disfagia na pessoa com AVC

Disfagia é definida por Sporns et al. (2017), como um sintoma referente à impossibilidade, dificuldade ou desconforto sentidos durante a progressão do bolo alimentar no seu trajeto, desde a boca ao estômago. Este sintoma pode manifestar-se pelo aumento do tempo despendido na refeição, por períodos de tosse durante as refeições, pela dificuldade em deglutir a saliva, pelo excesso de secreções na traqueia, por pneumonias recorrentes ou por perda de peso (Garcia & Coelho, 2009).

A disfagia surge na sequência do comprometimento de qualquer uma das fases da deglutição (Santoro et al., 2011) e, pode ocorrer devido a alterações resultantes de doenças neurológicas, como Doença de Parkinson, Acidente Vascular Cerebral, Doença de Alzheimer e Miastenia Gravis ou, de alterações estruturais, devido a tumores e traumas que podem alterar as estruturas necessárias a uma deglutição normal (Paiva et al., 2013).

Para a World Gastroenterology Organization (WGO, 2014), a disfagia classifica-se em orofaríngea e esofágica, podendo ocorrer dificuldade em iniciar a deglutição, regurgitação nasal de líquidos (característica da miastenia gravis e das doenças neuromusculares), tosse frequente, engasgamento após a deglutição, e por vezes, a combinação destas manifestações.

De acordo com Gasiorowska & Fass, (2009), a disfagia orofaríngea é descrita como a incapacidade de iniciar uma deglutição, ou seja, de efetuar a transferência do bolo alimentar da boca para o esófago. Esta dificuldade pode resultar de várias alterações neurológicas e musculares, incluindo o AVC agudo, esclerose lateral amiotrófica, parkinson, entre outras. A disfagia orofaríngea contribui fortemente para o risco de aspiração. Quanto à disfagia esofágica, caracteriza-se pela dificuldade no transporte do conteúdo ingerido, no percurso ao longo do esófago até ao estômago. Esta condição pode resultar de distúrbios mecânicos, por obstrução (estenoses pépticas, carcinoma esofágico, compressão da parede, entre outros) ou distúrbios

motores que condicionam o peristaltismo normal esofágico (acalásia, esclerodermia, entre outros), (Gasirowska & Fass, 2009).

A disfagia afeta significativamente a população mais idosa, estando presente numa a cada nove pessoas, que vivem de maneira independente na comunidade, (Holland et al., 2011). Em utentes que sofreram AVC, é uma das complicações mais significativas, podendo atingir cerca de 80% (Martino et al., 2005), constituindo o maior fator de risco para a ocorrência de pneumonia associada ao AVC, observada em mais de 78% dos utentes que sofreram esta doença, estando também associada a um alto índice de mortalidade, piores *outcomes* e internamentos prolongados (Martino et al., 2005; Smithard et al., 2007).

O AVC é uma das causas neurológicas mais frequentes de disfagia. No Reino Unido, um estudo de 2011 constatou uma taxa de prevalência de disfagia de 40-70% nos utentes com Acidente Vascular Cerebral (Holland et al., 2011). Teismann et al. (2011), afirmam que 50% dos utentes com AVC isquémico cortical apresentam disfagia orofaríngea. Por outro lado, Takahata et al., (2011) referem que esta varia entre os 30% e os 50% dos utentes conscientes pós AVC, implicando uma alteração da dieta. Já Karagiannis et al. (2011), sugerem que a incidência de disfagia orofaríngea nos utentes após AVC está entre os 40% e os 70%.

Arnold et al. (2016), avaliaram a incidência de disfagia pós AVC isquémico, verificando a sua presença em 20,7% dos utentes avaliados dos quais: 50,9% mantinham disfagia no momento da alta clínica, 30,5% entubados com sonda nasogástrica (SNG), 23% sofreram pneumonia (vs 1,1% dos utentes sem disfagia) e 19,5% tiveram alta para casa (vs 63,7% dos utentes sem disfagia). Comparando com os resultados ao fim de 3 meses, 35,7% dos utentes com disfagia tiveram *outcomes* favoráveis (vs 69,7% utentes sem disfagia), 38,8% dos utentes com disfagia regressaram a casa (vs 76,5% utentes sem disfagia), 13,6% utentes com disfagia morreram (vs 1,6% utentes sem disfagia). Neste estudo, a disfagia foi identificada como um fator preditor de dependência e institucionalização nos primeiros três meses pós AVC.

A complicação mais temida da disfagia após o AVC é a pneumonia de aspiração. O termo “pneumonia de aspiração” (PNA), tem sido muito utilizado ao longo do tempo, no entanto a sua definição nem sempre foi consensual enquanto diagnóstico. Marik, em 2001 descreve este conceito como sendo um processo infeccioso causado pela inalação de secreções da orofaringe que estão colonizadas por bactérias patogénicas e diferencia-o de “pneumonite de aspiração”.

De acordo com *The Japanese Respiratory Society Journal Compilation*, (2009), esta definição esclareceu o conceito, mas não foi considerada suficiente para estabelecer critérios de diagnóstico claros. Neste seguimento, em 2003, foi formado no Japão, um comité de peritos nesta área com a finalidade de estudar as doenças pulmonares por aspiração. O comité classificou e definiu em quatro categorias este tipo de doenças: pneumonia de aspiração (termo usual), bronquiolite difusa por aspiração, síndrome de Mendelson e pneumonia associada ao ventilador (*Aspiration Pneumonia Study Group, 2003 in The Japanese Respiratory Society Journal compilation, 2009*). Para estes autores, a pneumonia de aspiração é a mais frequente das quatro e o seu diagnóstico é efetuado com base na confirmação de infiltrados pulmonares e aspiração evidente, (aparente aspiração), quando a aspiração é fortemente suspeita, ou a existência de alteração na função da deglutição ou disfagia. Como a confirmação direta de aspiração é rara, o diagnóstico é considerado com base na existência de alteração na função da deglutição ou disfagia, infiltrados pulmonares presentes em radiografia e contagem de leucócitos no sangue periférico ($\geq 10\,000/\mu\text{l.}$). Acrescentam ainda que a pneumonia de aspiração pode ser diagnosticada em utentes com disfagia conhecida, quando não são encontradas outras causas, sendo considerada necessária a avaliação da disfagia em utentes com pneumonia.

Em Portugal, segundo a DGS (2009), “a pneumonia de aspiração é considerada associada ao cuidado de saúde se estiver de acordo com os critérios específicos e não estava presente ou, em período de incubação, na admissão hospitalar.” Este documento refere ainda que a pneumonia se define independentemente do resto das infeções das vias respiratórias inferiores. Nos critérios específicos mencionados para o seu diagnóstico, estão incluídas combinações de critérios radiológicos, sinais clínicos e critérios laboratoriais (DGS, 2009; p.29), encontrando-se em concordância com a definição apresentada pelo comité de peritos japonês em 2003. Foi com base nestes critérios que se fundamentou o estudo desenvolvido pelo autor no presente trabalho.

A pneumonia de aspiração é considerada a segunda causa mais comum de infeção nosocomial (DeLegge, 2002) e a maior causa de morte por infeções adquiridas no hospital (Swaminathan et al., 2013). Um estudo retrospectivo de Lanspa et al. (2013), concluiu que a taxa de mortalidade em 30 dias por pneumonia de aspiração é de 21% no total (Comunidade e unidades de saúde) e, um pouco maior (29,7%), na pneumonia de aspiração associada aos cuidados de saúde.

Pierdevara & Eiras (2016), ao avaliar a segurança do doente, usando o Global Trigger Tool, identificaram e mediram eventos adversos num universo de 751 processos clínicos, correspondentes a pessoas que tiveram alta clínica em que a prevalência da pneumonia por aspiração foi de 6,67%. Costa, A & Othero M.B. (2014), afirmam que em 15% a 43% dos casos de pessoas reinternadas, deve-se a situação de aspiração de alimentos por problemas de deglutição.

A ocorrência de pneumonia de aspiração após afeções neurológicas como o acidente vascular cerebral é bastante comum, com uma incidência de 6%-22% (Wilson, 2012), representando um considerável aumento dos custos associados aos cuidados de saúde (DeLegge, 2002; Osborne et al., 2006; Wilson, 2012).

Nonaka, et al. (2018), num hospital do Japão, analisaram diversos fatores preocupantes para a ocorrência de pneumonia de aspiração durante o internamento dos utentes. Efetuando a comparação entre dois grupos de utentes hospitalizados em diferentes tipologias de serviço do hospital, (grupo 1- utentes a quem foi diagnosticada pneumonia de aspiração durante o internamento e grupo 2- utentes sem pneumonia de aspiração durante o internamento), verificaram que no grupo com pneumonia de aspiração, 5,9% dos utentes apresentavam disfagia vs 0,4% ($< 0,001$) no grupo sem pneumonia de aspiração aquando da admissão e, durante o internamento, 12,4% dos utentes com pneumonia de aspiração tinham disfagia vs 0,7% ($< 0,001$) sem pneumonia de aspiração.

Já Almirall, Cabré & Clavé (2012), referem que a pneumonia de aspiração afeta mais de 30% dos utentes com AVC e constitui a maior causa de morte no primeiro ano após o AVC.

Um estudo prospetivo realizado durante quatro anos e meio, na Alemanha por Mohamed Al-Khaled et al. (2016), conclui que durante o tempo de hospitalização (média de 9 dias), 10,2% dos utentes com AVC desenvolvem pneumonia. Estes autores referem ainda que a disfagia expõe os utentes com AVC a um alto risco de pneumonia e morte.

Também num estudo realizado por Teuschl et al. (2018), num universo de 1394 utentes com AVC em fase aguda, 102 desenvolveram pneumonia e destes, 72 (4,8%) foram classificados como pneumonia associada ao AVC.

Vários estudos indicam que a pneumonia nos utentes com AVC é responsável pelo aumento do tempo de internamento, mortalidade e aumento dos custos hospitalares (Jauch, et al., 2013; Bijani, et al., 2014; Arnold et al., 2016; Palli et al., 2017).

A evidência científica apresenta alguma divergência quanto à prevalência da disfagia após o AVC, no entanto é aceite por todos que esta é uma das complicações mais importantes e com significativa repercussão na qualidade de vida dos utentes acometidos por esta patologia (González-Fernández et al., 2013; Smithard et al., 2016; Aoki et al., 2016; Arnold et al., 2016; Warnecke et al., 2017). Conceptualmente é sabido que uma qualquer intervenção inadequada e descontextualizada dos cuidados a prestar, pode levar a complicações de extrema relevância para o *estadio* clínico destes utentes (López et al., 2014).

4.2. Prevenção da aspiração

A identificação precoce da disfagia, assim como do risco de aspiração, é um passo fundamental na intervenção clínica prevenindo muitos dos efeitos adversos na saúde dos utentes com AVC. Estes incluem não só a aspiração, como a pneumonia, desidratação, desnutrição, suscetibilidade para outras doenças e, em último caso, a morte (Donavan et al., 2012; Jauch et al., 2013). Estes efeitos adversos aumentam a insatisfação dos utentes, estando esta relacionada com um tempo de internamento mais prolongado, a reduzida habilidade para participarem no programa de reabilitação e o reduzido nível de independência após a alta (Donavan et al., 2012).

Estas implicações da disfagia, tanto a nível pessoal, como hospitalar e social levaram a que a sua triagem fosse assumida como um indicador de qualidade de cuidados hospitalares à pessoa com AVC, por um grupo de consenso Europeu, no âmbito da European Implementation Score Project, que definiu indicadores de qualidade de cuidados hospitalares para o AVC agudo (Wiedmann et al., 2015). Um estudo de 2015, em que se analisou o efeito de quatro padrões de qualidade, entre os quais a avaliação da disfagia, demonstrou existir um aumento da mortalidade quanto menos desses indicadores padrão fossem aplicados (Turner et al., 2015).

A identificação da disfagia em utentes com AVC agudo, pode reduzir o risco de pneumonia, (Bray et al., 2017; Palli et al., 2017) e as *guidelines* internacionais (ESSD, 2012; AHA/ASA, 2016) recomendam fortemente a sua avaliação nos utentes com AVC agudo, logo que estes estejam acordados e alerta, previamente à administração de alimentação e/ou medicação (Nível B, Classe I)².

² **Nível B** - *Limited populatios evaluated; Data derived from a single randomized trial or nonrandomized studies.* **Classe I** – *Recommendation that procedure or treatment is useful/effective; Evidence from single randomized trial or nonradomized studies.*

A avaliação da disfagia utilizando um instrumento válido e confiável deve ocorrer antes da administração de alimentos, bebidas ou medicação oral, no prazo de 4 a 24 horas de hospitalização (Middleton et al. 2015). A intervenção na disfagia exige, em primeiro lugar, que seja feita uma correta identificação do problema através do exame objetivo e, em segundo, a aplicação de um teste fiável de avaliação da deglutição.

A avaliação da deglutição pode ser realizada através de um procedimento invasivo ou não invasivo:

- A avaliação instrumental (invasiva) da deglutição pode ser efetuada através do fibroendoscópio (FEES) ou por videofluoroscopia (VFSS). Esta última, é hoje considerada “padrão ouro” no diagnóstico das disfagias. No entanto, estes métodos apresentam algumas desvantagens, nomeadamente o seu custo operacional, a dificuldade de transporte dos utentes e o facto de não estar disponível em todos os hospitais (Bours et al., 2009).
- A avaliação da deglutição através da aplicação de um método não-invasivo pode fazer todo o sentido, dado que tem a vantagem de a sua aplicação ser fácil e rápida pelos profissionais de saúde, não induz *stress* no utente e produz resultados muito fiáveis. Este método tem o benefício de se avaliar a capacidade de deglutição de substâncias de diferentes consistências (semi-sólido, líquido e sólido), o que se traduz numa aproximação dos hábitos alimentares do quotidiano. A utilização destes instrumentos permite ainda adequar a dieta a cada utente de forma segura (Cardoso et al., 2011).

Hines, Kynoch & Munday, (2016), numa revisão sistemática de literatura sobre as intervenções de enfermagem na identificação da disfagia e a relação de efetividade nos *outcomes* dos utentes, afirmam que a triagem da disfagia pode reduzir as taxas de mortalidade e as infeções pulmonares. De acordo com os graus de recomendação do JBI (JBI, 2013), as mesmas autoras classificam de grau A, (entre outras), as seguintes intervenções: o rastreio de disfagia iniciado por enfermeiros treinados, é eficaz para a deteção de disfagia; a triagem de disfagia iniciada pelo enfermeiro é eficaz para reduzir as infeções pulmonares em utentes com disfagia; é importante usar uma ferramenta de rastreamento de disfagia validada que seja sensível à especificidade da disfagia.

A deteção precoce da disfagia é ainda promotora de estratégias profiláticas da aspiração (Palli et al., 2017), na medida em que após a correta identificação e classificação quanto ao grau de dificuldade, permite ao enfermeiro, o planeamento e execução de intervenções adequadas na

prevenção do risco de aspiração e na reabilitação da funcionalidade. São exemplo dessas intervenções, os exercícios de reabilitação do tônus muscular na pessoa com parésia facial; a estimulação das sensibilidades; o correto posicionamento da pessoa (sentado a 90°) e o alinhamento postural da cabeça (“queixo ao peito”), durante o ato de alimentar, que previne a obstrução da via aérea e consequente asfixia e/ou aspiração; as manobras compensatórias da deglutição; o reforço na frequência da higiene oral e a avaliação do estado nutricional com introdução de modificações dietéticas adequadas, entre outras (Hughes, 2011; Hoeman, 2011; Teuschl et al.,2018).

Tendo como ponto de partida o que se sabe sobre o AVC, as suas múltiplas manifestações e possíveis intervenções clínicas, emerge necessariamente um sentido de responsabilidade ético e deontológico por parte dos profissionais de saúde, que não é compatível com a anuência dos mesmos perante a continuidade de eventuais práticas clínicas desadequadas. A responsabilidade dos profissionais de saúde, assim como de todos os elementos responsáveis pela organização, é na atualidade muito elevada obrigando a que todos os atores intervenientes exijam intervenções clínicas suportadas exclusivamente pela prática baseada na evidência.

4.3. Avaliação da disfagia com a aplicação da escala *Gugging Swallowing Screen* (eGUSS) na prevenção da aspiração

Existem muitos instrumentos validados para a avaliação da disfagia de uma forma não-invasiva, no entanto, qual o mais adequado permanece por clarificar (Stephanie, 2013).

A escala de *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) é um dos instrumentos validados, que foi criado para ser simples de utilizar à cabeceira do utente, avaliando a severidade do risco de aspiração e recomendando uma dieta em consonância (Trapl, et al., 2007).

Esta escala constitui uma ferramenta para o despiste do risco da disfagia, composta por duas fases: Fase 1 - avaliação preliminar/ avaliação indireta da deglutição; Fase 2 - avaliação direta da deglutição. As avaliações devem ser realizadas sequencialmente, porque a pontuação da avaliação indireta é que permite realizar a direta, (anexo I).

A avaliação indireta é composta por três itens: vigília; tosse voluntária e/ou *clearence*; e deglutir a saliva. Estes subitens, pontuados como *fisiológico* (1 ponto) ou *patológico* (0 pontos). O somatório da pontuação vai de 1 (pior desempenho) a 5 (melhor desempenho). A máxima pontuação (5), permite passar para a avaliação direta.

A avaliação direta é composta por quatro itens: deglutição; tosse involuntária; sialorreia; e alteração vocal. Estes subitens, são pontuados como *fisiológico* (1 ponto), ou *patológico* (0 pontos), com exceção do item deglutição, em que 0 pontos correspondem a *não deglutir*, 1 ponto a *atraso da deglutição* e com 2 pontos a *deglutição sem alterações*. Esta avaliação direta é constituída por três subtestes realizados sequencialmente, começando com a textura pastosa, seguida de líquida e por fim a sólida. Também o somatório da pontuação vai de 1 (pior desempenho) a 5 (melhor desempenho). A pontuação máxima (5), é pré-condição para passar a avaliação das diferentes texturas. A pontuação obtida indica a severidade do risco da disfagia, pelo que permitirá ao enfermeiro implementar intervenções, que vão desde não fazer qualquer administração oral; adequar a dieta para ser administrada por via oral; providenciar suplemento nutricional; sinalizar para uma avaliação mais diferenciada e instrumental através da videofluoroscopia ou videoendoscopia (Ferreira et al., 2018).

A eGUSS versão portuguesa demonstrou propriedades psicométricas excelentes, podendo ser aplicada a utentes em fase aguda da doença. A escala apresentou consistência interna avaliada através do alfa de *Cronbach* de 0,80 na fase direta e de 0,82 na fase indireta. A concordância interobservadores variou entre $\kappa=0,818$ e $\kappa=0,905$. A sensibilidade foi de 100% e especificidade de 43% e 56% (para ponto corte 13,50 e 4,50) (Ferreira et al., 2018).

4.4. Evidência da aplicação da escala de GUSS na avaliação da disfagia na pessoa com AVC

No decorrer do presente estudo, foi realizada uma revisão *scoping* seguindo a metodologia proposta pelo Instituto *Joanna Briggs*, com o objetivo de mapear e analisar a evidência científica existente sobre a avaliação da disfagia com método não invasivo (eGUSS) e sobre a prevenção da pneumonia de aspiração na pessoa em situação de AVC em fase aguda, em contexto hospitalar. A revisão *scoping* pretendeu dar resposta à seguinte pergunta: “Qual o impacto da avaliação da disfagia com a aplicação da eGUSS na prevenção da pneumonia de aspiração na pessoa com AVC em fase aguda, em contexto hospitalar?”

Desta revisão e tendo em conta os critérios de inclusão, resultaram 7 artigos de desenho quantitativo, dos quais, 3 tratam a validação das propriedades psicométricas da escala de GUSS (*Gugging Swallowing Screen*) e 4 apresentam a eficácia da sua aplicação e o impacto nos *outcomes* dos indivíduos aos quais foi aplicada. Todos os estudos foram realizados em contexto hospitalar, com utentes em fase aguda da doença, sendo que, o estudo realizado em Portugal

incluiu todos os utentes admitidos num serviço de medicina, com o objetivo de validar as propriedades psicométricas da eGUSS para as diferentes patologias médicas em fase aguda, além do AVC.

Dos 3 artigos de validação das propriedades psicométricas da escala de GUSS, 1 foi publicado em 2007 na Áustria, outro em 2017 no Reino Unido e 1 no ano de 2018 em Portugal. Os 2 primeiros são estudos de abordagem quantitativa, prospetivos e transversais enquanto o estudo publicado em Portugal apresenta numa primeira fase uma abordagem metodológica de tradução e avaliação das propriedades psicométricas da eGUSS e numa segunda fase o estudo quantitativo, observacional e transversal.

Os 4 artigos que abordam a eficácia da avaliação da disfagia com a eGUSS e o seu impacto nos *outcomes* dos indivíduos foram publicados 1 em 2013 na Dinamarca, 1 em 2016 na Suíça e 2 na Áustria em 2017 e 2018 respetivamente. Todos estes estudos são retrospectivos quanto ao procedimento.

Segundo os estudos realizados, a eGUSS prevê o risco de aspiração com 100% de sensibilidade e 50% de especificidade, concluindo-se que esta escala oferece um método rápido e de confiança para identificar a disfagia e o risco de aspiração em utentes com AVC (Trapl, 2007). Também Warnecke et al. (2017), numa replicação do estudo de validação da eGUSS, num hospital diferente e com uma população de maior número e com AVC de maior gravidade, ou seja, com score ≥ 15 avaliado pela *National institute of Health Stroke Scale*, (NIHSS), comprovou a eficácia daquela escala obtendo uma sensibilidade de 96,5% e especificidade de 88%, em utentes com NIHSS < 4 e, 55,8% em utentes com NIHSS ≥ 15 .

Estudos realizados por Sorensen et al., em 2013, confirmam imagiologicamente que a incidência de pneumonia foi quatro vezes superior em utentes a quem não se avaliou a disfagia precocemente, quando comparados com um grupo de utentes nos quais se utilizou a escala de GUSS e em quem se intensificou a higiene oral (Sorensen et al., 2013).

Palli et al. (2017), conclui que a avaliação da disfagia 24h por semana, comparando com a avaliação efetuada apenas no horário de 7h por dia de segunda a sexta-feira, diminui o tempo de triagem da disfagia (mediana 7h (1-69) vs 20h (1-183) $p=0,001$); diminui a incidência de pneumonia (3,8% vs 11,6%, $p=0,004$); diminui o tempo de internamento (mediana 8(2-40) vs 9 (1-61), $p=0,033$) e diminui a mortalidade hospitalar (1,1% vs 6,1%, $p=0,012$). A deteção

precoce da disfagia promove estratégias profiláticas da aspiração, contribuindo para a redução do índice de pneumonia.

Ainda no estudo realizado por Teuschl et al. (2018), 5,2% dos utentes desenvolveram pneumonia associada ao AVC (SAP) em comparação com duas meta- análises recentes em que as taxas globais de pneumonia pós AVC são de 10% e 14%. Esta taxa é relativamente baixa e sugere que as modificações dietéticas recomendadas pela eGUSS podem ser bem-sucedidas na prevenção da SAP.

Encontra-se em apêndice a revisão *scoping*, em formato adaptado do modelo *Joanna Briggs* (apêndice II).

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

5. METODOLOGIA

Após o desenvolvimento do quadro teórico, procede-se à abordagem dos principais aspetos metodológicos subjacentes à presente investigação.

5.1. Problemática

O Acidente Vascular Cerebral é a principal causa de morte em Portugal e um dos principais responsáveis pela presença de disfagia. Atualmente, a avaliação da disfagia é reconhecida como um indicador de qualidade dos cuidados de saúde (AHA/ASA, 2016; DGS, 2017a). Considera-se tão significativa porque teoricamente se sabe que uma intervenção inadequada e descontextualizada pode conduzir a complicações de extrema relevância para a condição clínica.

É observável que a disfagia é uma das complicações mais descuradas no tratamento pelos profissionais de saúde e, quando ainda assim, se considera nos protocolos das unidades prestadoras de cuidados, é apenas para uma avaliação precoce adaptando o tipo de dieta e eventualmente os cuidados orais. Esta situação pode estar relacionada com o facto de se entender dar prioridade apenas a problemas vitais: a vida do doente, o facto de poder voltar a andar ou ainda a natural procura da total independência funcional (López et al., 2014).

A necessidade urgente de uma nova abordagem à pessoa com disfagia pós AVC é hoje indiscutível, dado que existem múltiplos estudos que comprovam que a aplicação de um protocolo formal de avaliação da disfagia reduz a incidência de pneumonias de aspiração em pacientes hospitalizados, (Yeh et al., 2011; Jauch et al., 2013; Wl.Titsworth et al., 2013; Palli et al., 2017), diminui o tempo de internamento e os custos globais nos cuidados aos utentes, (Gandolfi et al., 2014; Palli et al., 2017).

AbdelHamid & Abo-Hasseba (2017) e Bassiouny, Safinaz, Soliman, & Ahmed (2017), Trapl et al. (2007), citados por Ferreira et al., (2018), defendem que a escala de GUSS é um dos instrumentos mais eficientes na deteção e avaliação do grau de severidade da disfagia em utentes pós acidente vascular cerebral (AVC), porque além de permitir identificar a capacidade de ingestão oral, possibilita a alteração da alimentação diária do utente e a monitorização da sua evolução ao longo do tempo.

O quadro de competências do enfermeiro gestor (OE, 2018), refere a importância da gestão do risco clínico. Concretiza-a, entre outros, na promoção de ambientes seguros, identificando e gerindo os riscos, bem como na introdução de medidas corretivas. A avaliação da disfagia na pessoa com AVC, antes de lhe ser administrada medicação Per Os (PO) e/ou alimentação, permite identificar a presença de alteração da deglutição, indicando o grau de severidade da mesma e remetendo para a introdução de medidas adequadas. Trata-se de uma intervenção autónoma de enfermagem, na qual o enfermeiro é responsável por garantir a qualidade e a segurança do utente, contribuindo para a efetividade dos ganhos em saúde. É por isso, pertinente implementar e proceder à sua monitorização, procurando analisar o seu impacto nos cuidados prestados aos utentes. Neste contexto, o presente estudo partiu da pergunta: “Será que a avaliação da disfagia com a aplicação da eGUSS na pessoa com AVC em fase aguda, influencia positivamente a prevenção da pneumonia de aspiração?”, à qual pretendeu dar resposta.

5.2. Objetivos

Para este estudo, foram traçados os seguintes objetivos:

Objetivo geral

- Analisar o impacto da aplicação da escala eGUSS na prevenção da pneumonia de aspiração, na pessoa com AVC em fase aguda.

Objetivos específicos

- Avaliar a prevalência de disfagia na pessoa com AVC em fase aguda, pré e após aplicação da eGUSS;
- Avaliar a prevalência da pneumonia de aspiração na pessoa com AVC em fase aguda, pré e após aplicação da eGUSS;
- Avaliar a efetividade diagnóstica do risco de aspiração na pessoa com AVC em fase aguda, pré e após aplicação da eGUSS;
- Avaliar a efetividade na prevenção de PNA na pessoa com AVC em fase aguda, pré e após aplicação da eGUSS;
- Identificar o grau de severidade de disfagia e risco de aspiração associado, na pessoa com AVC em fase aguda, com a aplicação da eGUSS;
- Comparar a taxa de prevalência de PNA pré e após aplicação de eGUSS.

- Comparar a taxa de efetividade diagnóstica do risco de aspiração pré e após aplicação de eGUSS.
- Comparar a taxa de efetividade na prevenção de PNA na pessoa com AVC em fase aguda, pré e após aplicação da eGUSS;

Para dar resposta a estes objetivos, foram utilizados neste estudo os indicadores epidemiológicos (Epd1; Epd2), de processo (P1) e de resultado (R1), definidos no Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde (OE, 2007).

5.3. Tipo de estudo

Para a concretização dos objetivos, foi realizado um estudo observacional, retrospectivo e transversal de abordagem quantitativa (Gordis, 2009).

Os estudos de abordagem quantitativa requerem o uso de recursos e técnicas estatísticas, pois admitem que é possível traduzir em números as opiniões e as informações para, em seguida, poderem ser classificadas e analisadas (Vilelas, 2017). Segundo este autor, o modelo quantitativo formula hipóteses prévias e através de técnicas de verificação sistemática, procura obter explicações para as causas dos fenómenos estudados. Nestes estudos são tidos em conta o controlo das variáveis, a validade e fiabilidade dos dados e consequentes resultados, a fim de ser possível produzir generalizações teóricas.

A investigação quantitativa caracteriza-se por colher os dados para comprovar teorias, hipóteses e modelos preconcebidos; apresentar medidas numéricas e análises estatísticas para testar constructos científicos e hipóteses; ser um método sistemático com informações objetivas e estar associado a estudos positivistas confirmatórios (Vilelas, 2017).

Um estudo transversal é constituído por uma sequência de medições que se fazem em condições regulares e que se aplica a determinar os valores de uma variável, para um objeto. Para que os dados possam ser considerados fidedignos é necessário que as medições se efetuem nas mesmas condições e utilizando o mesmo instrumento de recolha de dados. Ao nível da saúde, estes estudos são úteis para avaliar as necessidades de cuidados de saúde e planear as intervenções, tendo especial relevância na avaliação do impacto das medidas preventivas destinadas a reduzir as doenças numa população (Vilelas, 2017). Num estudo observacional analítico e transversal,

tanto a exposição como o resultado patológico são determinados simultaneamente para cada um dos sujeitos. É definida uma população, determinando a presença ou ausência de exposição e a presença ou ausência de doença, naquele momento, pelo que os casos identificados são casos prevalentes, podendo ser também chamado de estudo de prevalência (Gordis, 2009). No presente estudo, determina-se a presença ou ausência de disfagia e o desenvolvimento ou não de PNA, procurando avaliar o impacto das medidas preventivas introduzidas na prática de cuidados.

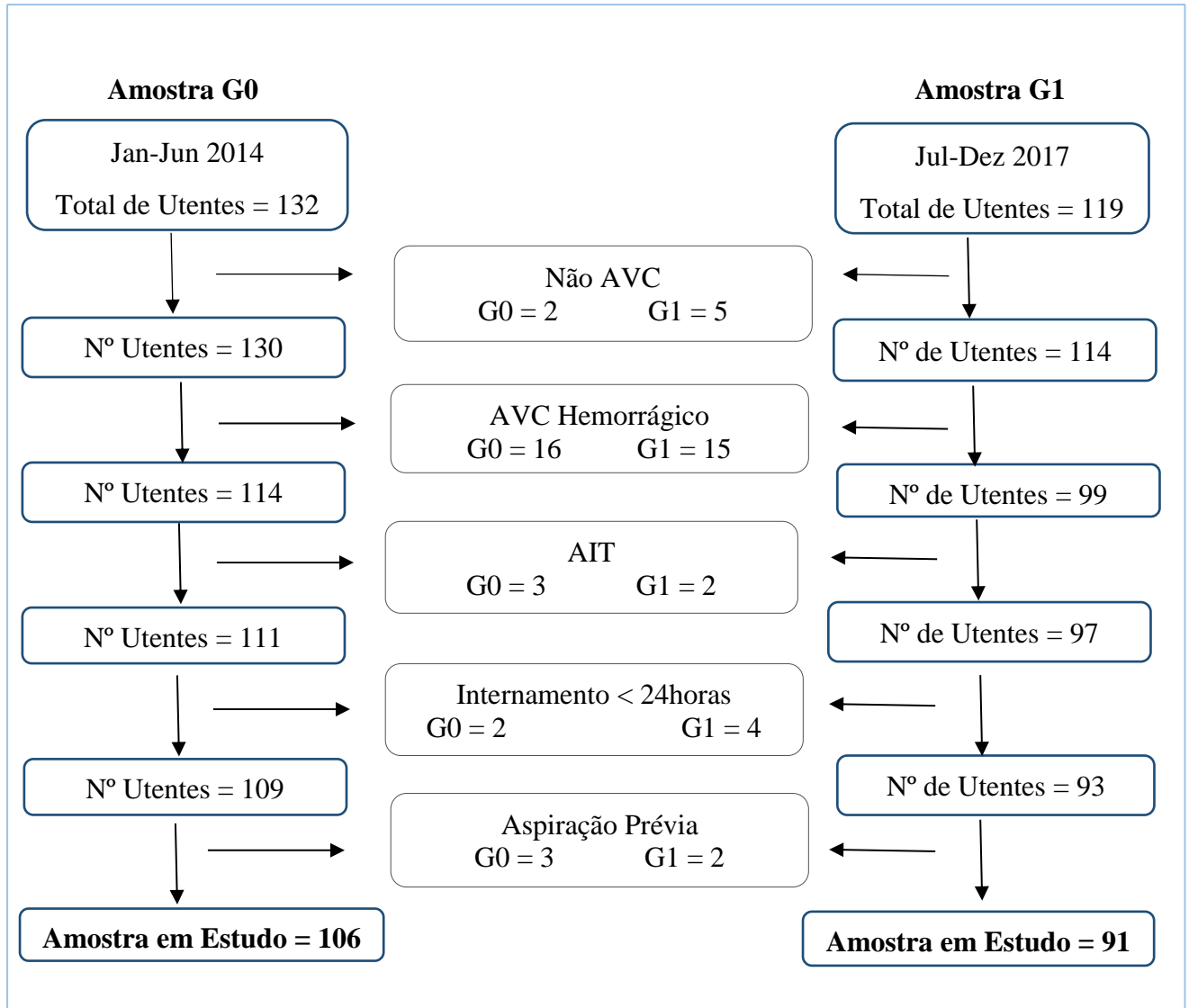
Quanto ao procedimento, trata-se de um estudo retrospectivo, uma vez que procura as causas a partir de um efeito que já ocorreu. Os estudos retrospectivos baseiam-se em observações específicas, neste caso, clínicas, comparando grupos de indivíduos com determinadas características após a exposição a determinados fatores. A partir da observação de cada um dos grupos expostos ao fator em estudo, procede-se à análise estatística e de acordo com o resultado poderá existir ou não uma associação entre o fator e a doença (Vilelas, 2017).

5.4. Amostra em estudo e critérios de seleção

Foram selecionadas duas amostras de conveniência: a primeira (G0) correspondendo a um período de seis meses (janeiro a junho 2014), prévios à aplicação da eGUSS; a segunda amostra (G1), corresponde a um período de seis meses após a aplicação da eGUSS, entre julho e dezembro de 2017. Os critérios de inclusão para as duas amostras foram iguais, integrando todos os utentes com idade > 18 anos, com diagnóstico de AVC isquémico, internados numa UAVC de um Centro Hospitalar de Lisboa. Foram excluídos todos os utentes com Acidente Isquémico Transitório (AIT), AVC hemorrágico ou outras patologias que não AVC, com diagnóstico médico prévio de infeção respiratória e/ou disfagia, bem como todos os utentes aos quais tenha sido administrado via oral alimentos/medicação no serviço de urgência e/ou tenha sido presenciada a ocorrência de vômito com suspeita/confirmação de aspiração durante e/ou após evento e previamente à admissão na UAVC. A razão pela qual foram excluídos todos os utentes com AVC hemorrágico prende-se com o fato de ser característico como consequência desta patologia, a ocorrência de várias alterações do estado de consciência nos primeiros dias pós evento, o que poderá condicionar diretamente os valores obtidos pela avaliação da disfagia com a eGUSS. Foram ainda excluídos todos os utentes com internamento inferior a 24 horas. Desta forma, a amostra G0 consistiu num total de 106 utentes e a amostra G1 num total de 91 utentes.

O fluxograma da figura 2 resume os passos seguidos para esta fase de seleção, tendo em conta os critérios de exclusão.

FIGURA 2 – FLUXOGRAMA DE SELEÇÃO DAS AMOSTRAS EM ESTUDO



5.5. Procedimentos de recolha e tratamento de dados

A recolha de dados para este estudo, resultou da consulta dos processos clínicos dos utentes selecionados nas duas amostras, tendo sido construída uma base de dados onde se registaram os dados colhidos. A análise estatística foi efetuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 25.0 para Windows, utilizando estatísticas descritivas como a frequência, a média e desvio padrão. Para garantir a sua confidencialidade, todos os dados foram codificados e anonimizados de forma irreversível. Os dados numéricos obtidos através

de estudos quantitativos permitem descrever variáveis e estudar relações e interações entre estas (Grove, Burns, & Gray, 2013).

5.6. Definição de variáveis em estudo

Na primeira fase do estudo, foi efetuada a caracterização e avaliação da situação previamente à aplicação da eGUSS. As variáveis em estudo nesta fase foram o género, a idade, a disfagia e a ocorrência de pneumonia de aspiração durante o internamento. Na segunda fase, procedeu-se à caracterização e avaliação dos dados constantes dos processos dos sujeitos, após aplicação da eGUSS. Foram consideradas como variáveis o género, a idade, o score de eGUSS às 24h e na alta, a presença de disfagia na admissão e na alta, o score de NIHSS inicial bem como na alta, a ocorrência de pneumonia de aspiração durante o internamento e o número de dias de Internamento.

Seguidamente, procede-se à explicitação da justificação e operacionalização das variáveis em estudo:

Género, idade e faixa etária

Na população mundial e também na população portuguesa, o AVC tem maior incidência no género masculino (Sousa-Uva, 2014). Neste estudo, a identificação do género do utente assumiu os valores: [1 – Masculino] e [2 – Feminino].

Segundo a literatura consultada (Martino et al., 2005; Trapl et al., 2007; Holland et al., 2011; Santoro et al., 2011; Arnold et al., 2016; Palli et al., 2017; Ferreira et al., 2018), a idade tem sido considerada como um importante preditor dos distúrbios de deglutição.

Relativamente à idade foram definidas as seguintes faixas etárias:

[18 - 40], [41 - 50], [51 - 60] [61 - 70] [71 - 80] [81 - 90] e [>91].

Score GUSS (*Gugging Swallowing Screen*)

Esta variável constitui um dos alvos deste estudo, pois pretende-se identificar a eficácia da aplicação da eGUSS, na prevenção da aspiração. A literatura considera-a como uma excelente medida na redução deste EA e consequente diminuição da morbilidade, mortalidade e custos associados (Yeh et al., 2011; Jauch et al., 2013; Wl.Titsworth et al., 2013; Gandolfi, et al. 2014; Palli et al., 2017, AbdelHamid & Abo-Hasseba, 2017; Bassiouny, S. et al., 2017; Trapl et al., 2007, Ferreira et al., 2018).

No serviço em causa, a eGUSS é aplicada na admissão, até às primeiras 24h e diariamente até às 72h de internamento, seguida da aplicação de dois em dois dias até ao sétimo dia e posteriormente uma vez por semana. Esta calendarização foi estipulada de acordo com as recomendações preconizadas pela literatura (ESO, 2008; ESSD, 2012; Middleton et al. 2015; AHA/ASA, 2016). No presente estudo, esta variável é considerada em 2 momentos diferentes de acordo com a aplicação da eGUSS: na admissão, até às primeiras 24h de internamento e no dia da alta. Numa primeira fase, a variável foi codificada num valor contínuo de 0 a 20, respetivamente correspondente à numeração da eGUSS. Posteriormente a variável GUSS foi codificada de acordo com os diferentes graus de severidade apresentados pela escala, conforme a tabela 1:

TABELA 1 – CODIFICAÇÃO VARIÁVEL GUSS.ESC.

Variável	Score GUSS
Sem disfagia	20
Disfagia grave	[0 – 9]
Disfagia moderada	[10 – 14]
Disfagia ligeira	[15 – 19]

Disfagia na admissão e na alta

Na amostra G0, até à implementação da eGUSS, a avaliação da disfagia era efetuada através da ingesta progressiva de 2ml a 10ml de água administrados por seringa, verificando-se a capacidade de deglutir pela presença ou não de tosse durante o ato, pelo que para esta amostra, a codificação da variável correspondeu aos valores [0 - Não] e [1 - Sim] (tabela 2).

TABELA 2 – CODIFICAÇÃO DA VARIÁVEL DISFAGIA EM G0

Variável	
Sem Disfagia	0
Com disfagia [Tosse a líquidos com ingesta de 2ml a 10ml]	1

Relativamente à amostra G1, a variável pretende reunir os diferentes graus de disfagia indicando o número total de casos identificados no momento da admissão e na alta, permitindo

demonstrar a sua evolução ao longo do internamento. Face aos objetivos propostos, codificou-se esta variável para apresentar a frequência de disfagia de acordo com a tabela seguinte:

TABELA 3 - CODIFICAÇÃO DA VARIÁVEL DISFAGIA EM G1

Variável	
Sem Disfagia - GUSS 20	0
Com disfagia - GUSS [0 – 19]	1

Score NIHSS (*National institute of Health Stroke Scale*)

Esta variável assume um papel importante na medida em que a escala NIHSS avalia o índice de gravidade do AVC, sendo aplicada no início e durante a sua evolução. A sua pontuação mínima é 0 e a máxima é 42, classificando o AVC de: leve < 4; Moderado 4 - 15; grave 16 - 24 e muito grave ≥ 25 , (Grupo Neuro-Ictus, 2017).

A literatura diz-nos que a sua relação com o score obtido pela escala de avaliação da disfagia eGUSS, constitui um indicador de referência quanto à eficácia desta última (Warnecke et al., 2017).

A NIHSS permite ainda, enquadrar o score avaliado pela eGUSS nos diferentes momentos de avaliação, no âmbito geral da evolução/involução do estado patológico do utente. Desta forma, a codificação desta variável foi numa primeira abordagem um valor contínuo entre 0 e 42, de acordo com os valores da escala, sendo ainda atribuídos os códigos [100 – Não aplicável] e [101 – Óbito]. Posteriormente foi codificada para os intervalos de classificação de nível de gravidade, conforme se demonstra na tabela 4:

TABELA 4 - CODIFICAÇÃO DA VARIÁVEL NIHSS.ESC

Variável	Score NIHSS
NIHSS Leve	[<4]
NIHSS Moderado	[4–15]
NIHSS Grave	[16–24]
NIHSS Muito Grave	[≥ 25]

Pneumonia de Aspiração

A pneumonia da aspiração constitui o principal fator de preocupação quando se fala de disfagia. Esta é considerada por vários autores um fator de alto risco para a ocorrência de pneumonia. Por sua vez, a pneumonia de aspiração constitui a maior causa de morte, no primeiro ano após o AVC (Almirall, Cabré & Clavé, 2012), bem como, por infecções adquiridas no hospital (Swaminathan et al., 2016; Al-Khaled et al., 2016). Desta forma, a variável pneumonia de aspiração foi outro dos grandes focos de atenção neste estudo. A sua codificação para as duas amostras G0 e G1, assumiu os seguintes valores: [0 - Não] e [1 - Sim].

Número de dias de Internamento

Esta variável reflete a duração do tempo de internamento de cada utente. Os estudos apontam para o aumento do número de dias de internamento como uma consequência do diagnóstico de pneumonia de aspiração (Ehsani et al., 2006; Mansoa et al., 2008; Goodman et al., 2011; Allué et al., 2014; Arnold et al., 2016; Palli et al., 2017). O tempo de internamento é também utilizado como um indicador para avaliar a eficiência dos cuidados prestados e assim medir o desempenho hospitalar (Lingsma et al., 2018). Os dados desta variável contínua derivaram da informação contida na variável dias de internamento que consta na base de dados e que considera o total de dias de internamento do utente na UAVC.

5.7. Considerações éticas

A nova versão da Declaração de Helsínquia (WMA, 2013), vem reforçar a exigência no cumprimento dos princípios éticos subjacentes à investigação em seres humanos, abordando os riscos e benefícios, a vulnerabilidade individual e de grupos, definindo regras como a elaboração de protocolos rigorosos a serem submetidos a comissões de ética para aprovação, que garantam além do rigor científico, a privacidade e confidencialidade, o consentimento informado, entre outros. Também a Enfermagem enquanto profissão autorregulada, tem definidos os princípios éticos e deontológicos a cumprir no seu exercício, tanto no Código Deontológico do Enfermeiro como no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (OE, 2015b), onde se inclui a investigação.

Entre os requisitos básicos a considerar na avaliação ética de um projeto de investigação incluem-se a relevância do estudo, a validade científica, a seleção da população em estudo, a relação risco-benefício, a revisão ética independente, a garantia de respeito dos direitos dos

participantes (especificamente, consentimento informado, esclarecido e livre bem como a confidencialidade e proteção dos dados) em todas as fases do estudo (Nunes, 2013). Neste sentido, foi elaborado o projeto de acordo com os requisitos do Centro Hospitalar, tendo sido submetido à Comissão de Ética do hospital em questão, com conhecimento do Conselho de Administração. Para ser dispensado de consentimento informado, uma vez que se trata de um estudo retrospectivo, foram ainda solicitados pareceres ao conselho jurídico e ao Departamento da Proteção de Dados da Instituição em causa (apêndice III) que, permitiram consequentemente a autorização da Comissão de Ética para a recolha de dados e prosseguimento do estudo (anexos II e III).

6. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

No presente capítulo são apresentados os resultados obtidos neste estudo, de acordo com as duas fases desenvolvidas: a primeira fase correspondente à análise da amostra G0, período de tempo entre janeiro e junho de 2014, sem avaliação da disfagia com a eGUSS e, a segunda, correspondente à análise da amostra G1, entre julho e dezembro de 2017, com a aplicação da eGUSS para avaliar a disfagia.

6.1. Resultados das variáveis correspondentes à amostra G0

Caraterização da população

O total de utentes selecionados na amostra G0, tendo em conta os critérios de exclusão, foram 106. Nesta amostra verifica-se um aumento de 5,8% na prevalência do AVC no sexo masculino e a média de idades corresponde a 74,33 anos, com um desvio padrão de 11,20, conforme os dados indicados na tabela 5.

TABELA 5 - CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO QUANTO AO GÉNERO E IDADE MÉDIA-G0

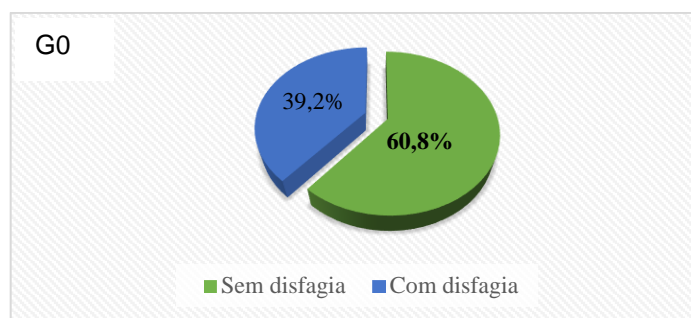
Variáveis	Amostra G0
Sexo Feminino	50 (47,1%)
Sexo Masculino	56 (52,9%)
Total	106 (100%)
Idade Média	74,33 Anos
Desvio Padrão	11,20498

Prevalência de Disfagia na Admissão

Para efetuar este cálculo, foi utilizado o indicador epidemiológico (Epd1), tendo em consideração que para todo o utente com disfagia é associado um grau de risco de aspiração. De lembrar que nesta fase era aplicado o teste de triagem com administração de 2 a 10 ml de água. A Taxa de prevalência de disfagia na amostra G0 corresponde a 39,2% (42 utentes), conforme representado no gráfico 1.

Indicador Epidemiológico (Epd1):

Nº. de casos de risco de aspiração, documentados entre janeiro e junho 2014	42	x 100
População existente entre janeiro e junho 2014	106	

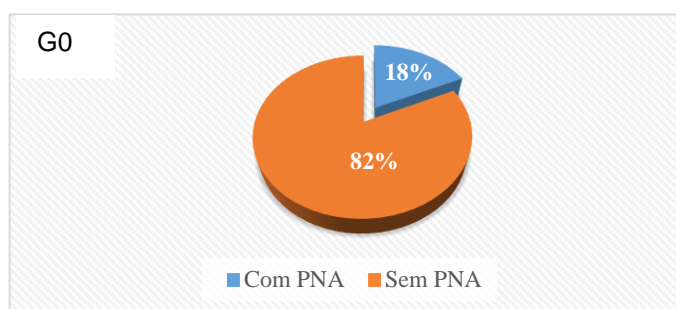
GRÁFICO 1 – PREVALÊNCIA DE DISFAGIA NA ADMISSÃO – AMOSTRA G0

Prevalência de Pneumonia de Aspiração

O gráfico 2 apresenta a taxa de prevalência de pneumonia de aspiração (Epd2) na amostra G0. Verifica-se um índice de prevalência de PNA de 18%. Esta percentagem corresponde a 19 dos 106 utentes incluídos na amostra. Neste cálculo foi utilizado o indicador Epidemiológico (Epd2):

Indicador Epidemiológico (Epd2):

N.º de casos de pneumonia de aspiração, documentados entre janeiro e junho 2014	19	X 100
População existente entre janeiro e junho 2014	106	

GRÁFICO 2 – PREVALÊNCIA DE PNA – AMOSTRA G0

Taxa de Efetividade Diagnóstica do Risco Aspiração

A taxa de efetividade diagnóstica do risco de aspiração foi obtida através do indicador de processo (P1):

N.º de casos que desenvolveram pneumonia de aspiração, com risco prévio de aspiração entre jan. e jun. 2014	19	X 100
N.º de casos que desenvolveram pneumonia de aspiração entre jan. e jun. 2014	19	

Verifica-se que a taxa de efetividade diagnóstica do risco de aspiração foi de 100%, uma vez que não se registou nenhum caso de PNA nos utentes sem disfagia, conforme se observa na tabela 6.

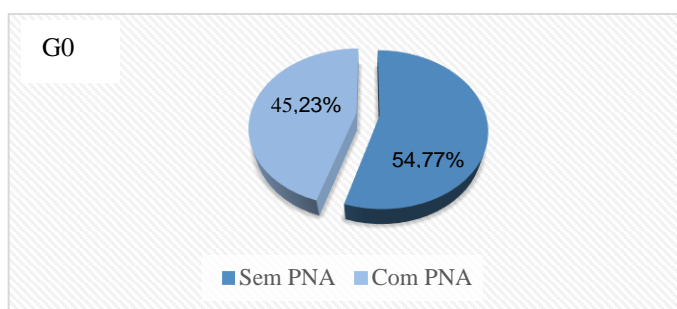
TABELA 6 – DISFAGIA NA ADMISSÃO * PNA ASPIRAÇÃO DURANTE O INTERNAMENTO – AMOSTRA G0

Disfagia Admissão	PNA durante o Internamento		Total
	Não	Sim	
Não	64	0	64
Sim	23	19	42
Total	87	19	106

Taxa de Efetividade na Prevenção da Pneumonia de Aspiração

Na amostra G0, no total de 106 utentes, 42 (39,2%) apresentaram disfagia e destes, 19 (45,23%) desenvolveram pneumonia de aspiração durante o internamento. O gráfico 3 ilustra os dados obtidos.

GRÁFICO 3 – PREVALÊNCIA DE PNA NA POPULAÇÃO COM RISCO PRÉVIO – AMOSTRA G0



De acordo com o indicador de resultado (R1), definido pelo resumo mínimo de dados, a taxa de efetividade na prevenção da PNA na amostra G0 foi de 54,76%.

Indicador de resultado (R1):

N.º de casos com risco de aspiração, que não desenvolveram pneumonia de aspiração, e tiveram pelo menos uma intervenção documentada entre jan. e jun. 2014	23	X 100
N.º de casos com risco de aspiração documentado entre jan. e jun. 2014	42	

6.2. Resultados das variáveis correspondentes à amostra G1

Caraterização da população

O total de utentes selecionados na amostra G1, após aplicados todos os critérios de exclusão, foram 91. A tabela 7 carateriza a população quanto ao género e idade média. Verifica-se um aumento de 20,8% na prevalência de AVC no sexo masculino e a média de idades corresponde a 72,84 anos, com um desvio padrão de 12,23.

TABELA 7 - CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO QUANTO AO GÉNERO E IDADE MÉDIA-G1

Variáveis	G1
Sexo Feminino	36 (39,6%)
Sexo Masculino	55 (60,4%)
Total	91 (100%)
Idade Média	72,84 Anos
Desvio Padrão	12,23921

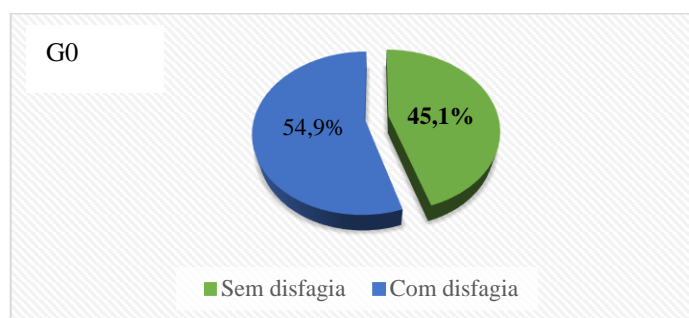
Prevalência de Disfagia na Admissão

A Taxa de prevalência de disfagia na amostra G1, de acordo com o indicador aferido (Epd1) corresponde a 54,9% (50 utentes), conforme representado no gráfico 4. Estes utentes foram triados com a aplicação da eGUSS nas primeiras 24h de internamento.

Indicador Epidemiológico (Epd1):

Nº. de casos de risco de aspiração, documentados entre julho e dezembro 2017	50	x 100
População existente entre julho e dezembro 2017	91	

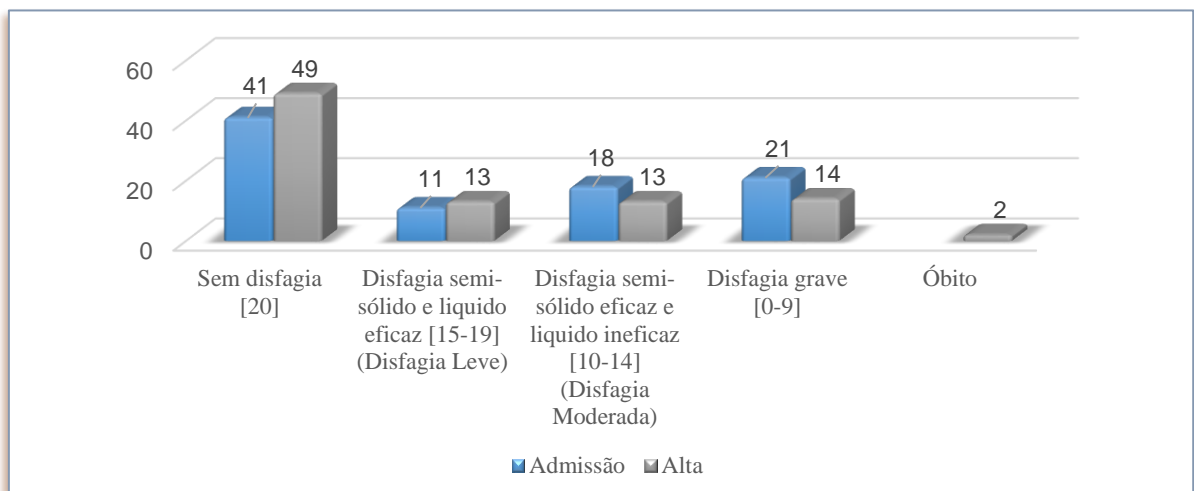
GRÁFICO 4 – PREVALÊNCIA DE DISFAGIA NA ADMISSÃO – AMOSTRA G1



Score GUSS (Gugging Swallowing Screen)

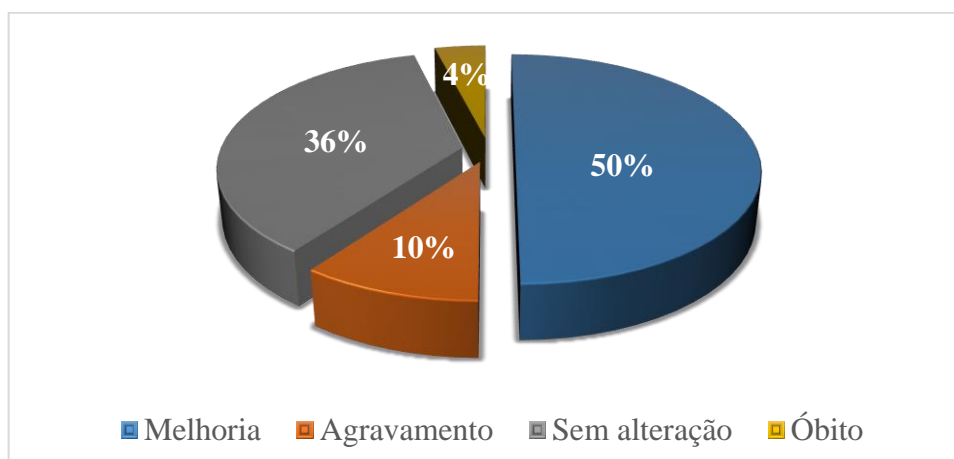
O gráfico 5 traduz os diferentes graus de disfagia avaliados com eGUSS no total dos 91 utentes da amostra G1 na admissão e na alta/transferência. Na sua análise observa-se que existe maior número de utentes nos graus de “disfagia moderada” e “disfagia grave” na data da admissão, comparativamente ao momento da alta/transferência, aplicando-se o inverso relativamente aos graus de “disfagia leve” e “sem disfagia”.

GRÁFICO 5 – SCORE eGUSS NA ADMISSÃO E NA ALTA/TRANSFERÊNCIA – AMOSTRA G1



Nesta sequência, no total de utentes com disfagia, verifica-se que ao longo do internamento, 50% dos utentes melhorou, 10% agravou e 36% não apresentou alterações no *score* avaliado, conforme indica o gráfico 6.

GRÁFICO 6 – EVOLUÇÃO DO SCORE eGUSS AO LONGO DO INTERNAMENTO – AMOSTRA G1



NIHSS Inicial e na Alta

Na tabela 8 pode observar-se o *score* de NIHSS nos seus diferentes escalões de índice de gravidade relativos à admissão e à alta dos utentes. É patente a evolução favorável ao longo do internamento. Verificou-se uma diminuição no grau de gravidade do AVC da admissão para a alta, o que significa melhoria da capacidade funcional da pessoa.

TABELA 8 – TABULAÇÃO CRUZADA NIHSS INICIAL ESC. * NIHSS ALTA ESC. – AMOSTRA G1

		NIHSS Alta Esc.				Não aplicável	Óbito	Total
		NIHSS 0-4	NIHSS 4-15	NIHSS 16-24	NIHSS >25			
NIHSS Inicial Esc.	NIHSS<4	19	2	0	0	0	0	21
	NIHSS.4-15	18	3	3	2	0	0	26
	NIHSS.16-24	6	7	4	5	0	0	22
	NIHSS>25	3	4	3	6	3	2	21
	Não aplicável	0	0	0	0	1	0	1
Total		46	16	10	13	4	2	91

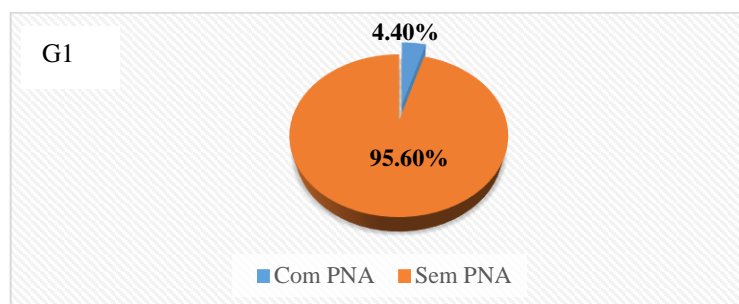
Prevalência de Pneumonia de Aspiração

O gráfico 7 apresenta a taxa de prevalência de pneumonia de aspiração (Epd2) na amostra G1. Verifica-se um índice de prevalência de PNA de 4,4%. Esta percentagem corresponde a 4 do total de 91 utentes que constituem a amostra. Neste cálculo foi utilizado o indicador Epidemiológico (Epd2).

Indicador Epidemiológico (Epd2):

Nº. de casos de pneumonia de aspiração, documentados entre julho e dezembro 2017	4	X 100
População existente entre julho e dezembro 2017	91	

GRÁFICO 7 – PREVALÊNCIA DE PNA – AMOSTRA G1



Taxa de Efetividade Diagnóstica do Risco Aspiração

Verifica-se que a taxa de efetividade diagnóstica do risco de aspiração foi de 100%, uma vez que não se registou nenhum caso de PNA nos utentes sem disfagia. A tabela 9 ilustra os dados obtidos.

TABELA 9 – DISFAGIA NA ADMISSÃO * PNA DURANTE O INTERNAMENTO – AMOSTRA G1

Disfagia na Admissão		PNA durante o Internamento		Total
		Não	Sim	
	Não	41	0	41
	Sim	46	4	50
Total		87	4	91

A taxa de efetividade diagnóstica do risco de aspiração foi obtida através do indicador de processo (P1).

Indicador de processo (P1):

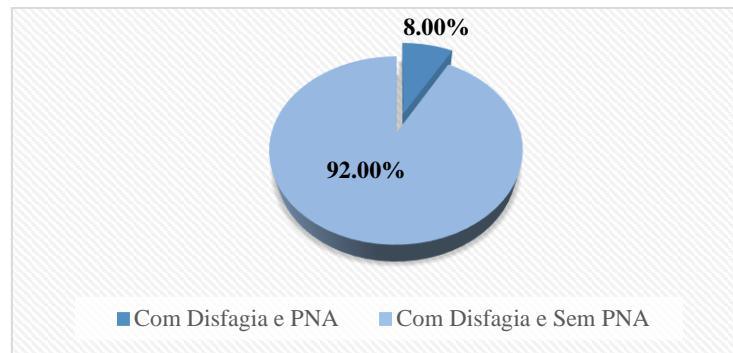
$$\frac{\text{N.º de casos que desenvolveram pneumonia de aspiração, c/ risco prévio de aspiração de jan. a jun. 2014}}{\text{N.º de casos que desenvolveram pneumonia de aspiração entre jan. e jun. 2014}} \times 100 = \frac{19}{19} \times 100 = 100\%$$

Taxa de Efetividade na Prevenção da Pneumonia de Aspiração

Na amostra G1, com a aplicação da eGUSS, no total de 91 utentes, 50 (54,9%) apresentaram disfagia na admissão e destes, 4 (4,4%) desenvolveram PNA. De acordo com o indicador de resultado (R1), a taxa de efetividade na prevenção de aspiração na amostra G1 foi de 92%, como demonstrado no gráfico 8.

Indicador de resultado (R1):

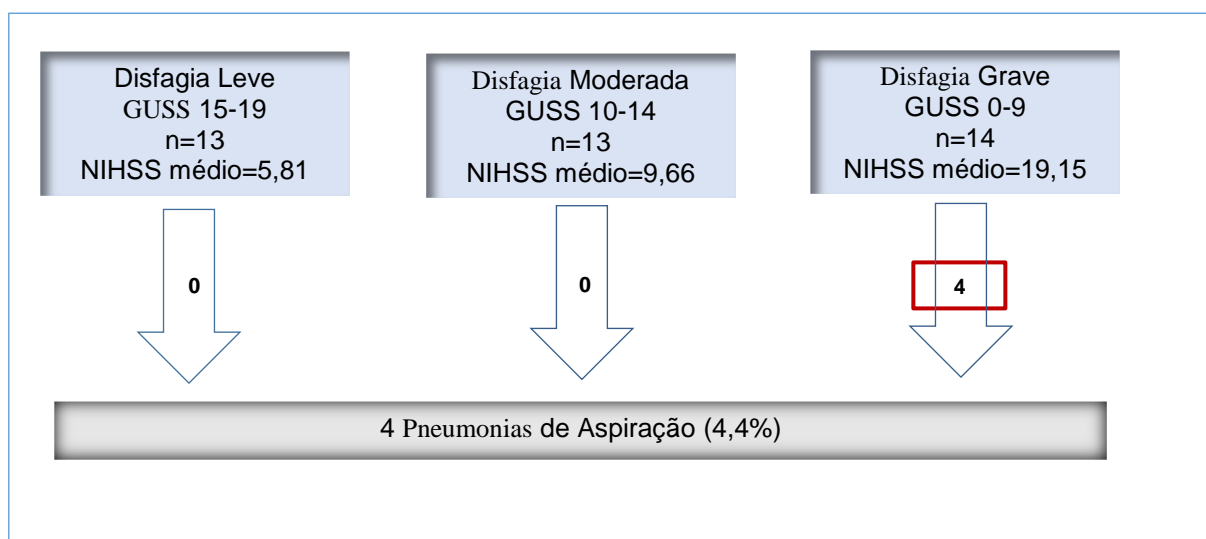
$$\frac{\text{N.º de casos com risco de aspiração, que não desenvolveram pneumonia de aspiração, e tiveram pelo menos uma intervenção documentada entre julho e dezembro 2017}}{\text{N.º de casos com risco de aspiração documentado entre julho e dezembro 2017}} \times 100 = \frac{46}{50} \times 100 = 92\%$$

GRÁFICO 8 – PREVALÊNCIA DE PNA NA POPULAÇÃO COM RISCO PRÉVIO – AMOSTRA G1**Número de dias de Internamento**

Para esta variável foi calculada a média na população que não desenvolveu PNA separadamente da população com PNA, em que os resultados foram de 7,05 dias e 8,5 dias respectivamente.

Análise entre Grau de Disfagia, NIHSS Médio e Ocorrência de PNA

Analisando ainda a relação entre os diferentes graus de gravidade da disfagia identificados, o NIHSS médio e a ocorrência de PNA à data da alta/transferência, obtêm-se os seguintes valores representados na figura 3.

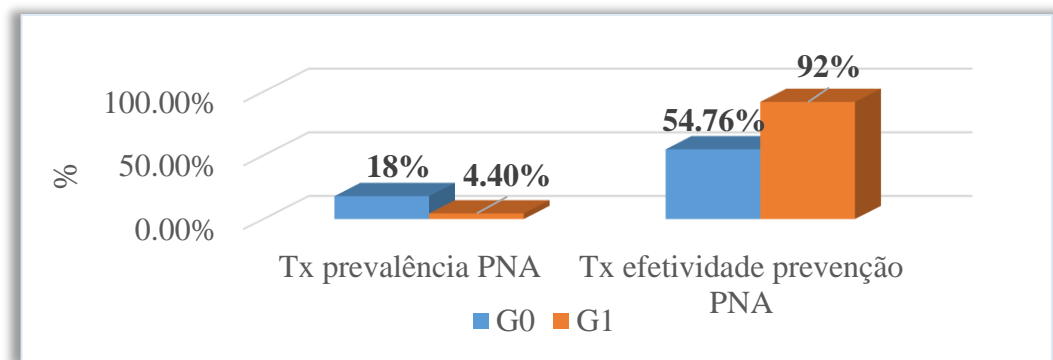
FIGURA 3 - RELAÇÃO ENTRE GRAU DE DISFAGIA IDENTIFICADO, NIHSS MÉDIO E OCORRÊNCIA DE PNA – AMOSTRA G1

Estes dados demonstram a existência de um agravamento do *score* GUSS em simultâneo com o agravamento do *score* NIHSS. Indicam ainda que os 4 casos de PNA ocorreram em utentes com disfagia grave (indicação para NPO), os quais foram alimentados com alimentação entérica, administrada em perfusão contínua por sonda nasogástrica (SNG).

6.3. Comparação de resultados entre as amostras G0 e G1, relativos à taxa de prevalência de PNA e taxa de efetividade na prevenção da PNA

Na análise dos principais focos de atenção deste estudo, é possível constatar que a Taxa de Prevalência de PNA foi significativamente superior (18%) na amostra G0 comparando com os 4,40% na amostra G1. Inversamente proporcional, a Taxa de Prevenção da PNA obteve um valor de 92% nos utentes submetidos à aplicação da eGUSS (amostra G1) enquanto nos utentes submetidos ao teste de triagem com administração de água por seringa, apresentou apenas 54,76%. O gráfico 9 ilustra os dados obtidos.

GRÁFICO 9 – TAXA DE PREVALÊNCIA DE PNA E TAXA DE EFETIVIDADE NA PREVENÇÃO DA PNA
AMOSTRA G0 VS AMOSTRA G1



7. DISCUSSÃO

No presente capítulo serão discutidos os resultados mais relevantes, tendo em conta os objetivos do estudo.

A população nas duas amostras é maioritariamente do sexo masculino, 52,9% em G0 e 60,4% em G1, estando de acordo com a realidade já conhecida na população portuguesa (Sousa-Uva, 2014). Relativamente à idade, verifica-se que a ocorrência de AVC incide predominantemente na sétima e oitava décadas de vida, com 63,9% em G0 e 61,6% em G1. No entanto, são também relevantes os números obtidos no intervalo entre os 61 e 70 anos de idade que se encontram entre os 16% e 21% de prevalência. A idade média para a amostra G0 foi de 74,33 anos e para a amostra G1 foi de 72,84 anos, encontrando-se de acordo com dados recentemente publicados pela DGS no “Programa Nacional Para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares”, (DGS, 2017b).

Na identificação da disfagia, verificou-se na amostra G0, uma prevalência de 39,2%, correspondendo a 42 utentes e, na amostra G1, 54,9%, correspondendo a 50 utentes. A prevalência de disfagia demonstra uma taxa elevada e que está em consonância com a literatura atual em que vários autores apontam valores entre os 30% e 70% nos primeiros três dias após AVC (Martino et al., 2005; Smithard et al., 2007; Holland et al., 2011; Teismannv et al., 2011; Takahata et al.; 2011; Karagiannis et al., 2011, Sorensen et al., 2013; Bijani et al., 2014; López et al.; Padilla-Góngora, 2014; Arnold et al., 2016; Warnecke et al., 2017). Sabendo-se que o teste utilizado na amostra G0 consistia apenas na administração de líquidos (água), onde se regista maior dificuldade na deglutição (Warnecke et al., 2017), estes resultados vêm corroborar os estudos consultados, onde foi demonstrado que a eGUSS revelou elevada sensibilidade e especificidade para a triagem da disfagia (Trapl et al.; Warnecke et al., 2017; Ferreira et al., 2018). Também outra das explicações para estes resultados poderá ser o facto de ter sido efetuada formação a todos os enfermeiros do serviço, previamente à aplicação da eGUSS, o que pode ter sido responsável por inferir nestes profissionais um sentido de alerta muito mais apurado para a deteção da disfagia. O estudo recente realizado por Palli et al. (2017), numa Unidade de AVC austríaca, mostrou que o treino sistemático de enfermeiros para aplicar a eGUSS, diminuiu a taxa de pneumonia de 11,6% para 3,8%, sublinhando a importância da aplicação de uma escala interdisciplinar e exequível à cabeceira do utente. A formação e o envolvimento da equipa na prestação de cuidados constituem atitudes promotoras de motivação para um melhor desempenho e consequente melhoria dos cuidados prestados (Robbins & Judge, 2013).

Analisando a amostra G1 quanto à distribuição pelos diferentes graus de disfagia, verificou-se que na admissão, 45,1% não apresentou disfagia (GUSS=20), 12,1% apresentou disfagia leve (GUSS 15-19), 19,8% disfagia moderada (GUSS 10-14) e 23,1% disfagia grave (GUSS<9). Considerando o risco de aspiração elevado e moderado para score GUSS <15 (Trapl et al., 2007), podemos afirmar que 42,9% da população nesta amostra foi identificada para risco de aspiração elevado ou moderado. É imperativo, nas recomendações associadas a esta escala, que se proceda à implementação de medidas em consonância com a severidade do risco.

Na avaliação dos mesmos graus aquando da alta/transferência dos utentes da UAVC, verificou-se que 53,8% não apresentou disfagia (GUSS=20), 14,3% apresentou disfagia leve (GUSS 15-19), 14,3% disfagia moderada (GUSS 10-14), 15,4% disfagia grave (GUSS<9) e ocorreram 2 óbitos, correspondente a 2,1% da amostra. A análise só por si, de cada um dos níveis de classificação, é já reveladora da melhoria do grau de gravidade, ainda assim, não é suficientemente esclarecedora, pois embora se verifique uma diminuição do número de casos em cada nível de gravidade, esta poderá estar associada a uma transferência de nível ou também a um possível agravamento. Deste modo, importa analisar qual a evolução do *score* GUSS ao longo do internamento. Assim, constatou-se que no total dos utentes com disfagia, 50% melhorou, 36% não sofreu alterações, 10% agravou e 4% referem-se aos óbitos. Estes valores corroboram os estudos internacionais que referem, que aproximadamente 50% dos utentes recuperam das alterações da deglutição nos primeiros 7 dias (Gandolfi et al., 2014; Arnold et al., 2016). Os utentes que mantêm alterações da deglutição após uma semana, têm mais dificuldade em recuperar (Gandolfi et al., 2014), com consequências para a gestão da nutrição, ajustamento psicológico (Martino et al., 2005) e aparecimento de efeitos adversos como a aspiração, pneumonia, desidratação, desnutrição, suscetibilidade para outras doenças e em último caso a morte (Donovan et al., 2012; Jauch et al., 2013). Verifica-se ainda que nos utentes, nos quais houve um agravamento do grau de disfagia, existe simultaneamente um agravamento do NIHSS, pelo que se pode inferir que o agravamento do *score* GUSS pode estar associado à alteração do estado neurológico do utente.

A mais valia desta escala consiste na aplicação de recomendações adequadas ao grau de severidade de disfagia, permitindo a instituição de modificações dietéticas capazes de prevenir a aspiração, a desnutrição e a desidratação (Trapl et al., 2007; Teuschl et al., 2018). É ainda promotora de estratégias profiláticas da aspiração como a implementação de um plano de cuidados individualizado com intervenções de enfermagem específicas como por exemplo, a

utilização de manobras compensatórias da deglutição e a intensificação da higiene oral. A faixa dos 36% (utentes que não recuperaram até ao sétimo dia), é neste estudo aquela que mais inspira uma intervenção de enfermagem específica e especializada, na área da reabilitação, em parceria com outros elementos da equipa multidisciplinar, no sentido de otimizar todos os recursos disponíveis para garantir os cuidados mais adequados aos utentes na recuperação da função e consequentemente da sua qualidade de vida.

A prevalência da PNA apresenta dados significativamente díspares entre as amostras G0 e G1. Na amostra G0, no total de 106 utentes, 42 apresentaram disfagia e destes, 19 desenvolveram PNA, correspondendo a 18% do total da amostra, (45,23% dos utentes com disfagia). Na amostra G1, dos 91 utentes, 50 apresentaram disfagia e destes, apenas 4 desenvolveram PNA, perfazendo 4,4% da amostra total, (8% dos utentes com disfagia). Como previamente encontrado noutros estudos (Martino et al., 2005; Al-Khaled et al., 2016; Joundi et al., 2017), é observável uma elevada taxa de prevalência de PNA nos utentes com diagnóstico de disfagia em comparação com os utentes com a função normal da deglutição mantida. Nas duas amostras, a taxa de efetividade diagnóstica do risco de aspiração foi de 100%, pois a ocorrência de PNA aconteceu apenas nos utentes identificados com disfagia e consequentemente com risco de aspiração. Já, no que diz respeito à taxa de efetividade na prevenção da PNA, na amostra G0 foi de 54,76%, enquanto que para a amostra G1 foi obtido um valor de 92%. Estes dados indicam que a identificação da disfagia nas duas amostras foi eficaz com ambos os testes. No entanto, a classificação em diferentes graus de severidade e a implementação de medidas em consonância, bem como a atuação de uma equipa com formação específica na avaliação da disfagia, aparentam ter modificado substancialmente os resultados obtidos na prevenção da aspiração. A eGUSS demonstrou assim elevada eficácia na identificação do risco de aspiração que associada à introdução das medidas corretivas, preveniu a PNA em 92% dos utentes com disfagia.

Neste estudo, o diagnóstico de PNA nos utentes avaliados com eGUSS, diminuiu para mais de quatro vezes (4,4% vs 18%), em comparação com os utentes avaliados com o teste anteriormente aplicado. Estes dados estão de acordo com o estudo de Sorensen et al. (2013), em que se verificou o diagnóstico de pneumonia apenas em 7% dos utentes avaliados com eGUSS e submetidos a intensificação da higiene oral, versus 28% no grupo de controlo interno e 27% no grupo de controlo externo sem a aplicação da eGUSS.

Analisando os dados relativos ao *score* NIHSS na amostra G1 à data da admissão, verifica-se que 16,48% dos utentes sofreram um AVC ligeiro (NIHSS<4), 61,53% AVC moderado (NIHSS 4-15), 17,58% AVC grave (NIHSS 16-24), e 3,29% AVC muito grave (NIHSS≥25). Dos 4 casos em que ocorreu PNA, 2 referem-se a AVC muito grave, 1 a AVC grave e 1 AVC moderado. Observando a relação entre os diferentes graus de gravidade da disfagia avaliados pela eGUSS, o NIHSS médio e a ocorrência de PNA à data da alta/transferência, (Figura 3, p.63), verificam-se três possíveis hipóteses: 1- existe uma associação entre os graus de gravidade do *score* GUSS e do *score* NIHSS médio, indicando a coerência na avaliação da disfagia com esta escala; 2- a avaliação com eGUSS, em conjunto com as medidas implementadas, foram eficazes na identificação e prevenção da aspiração em utentes com AVC de moderada e alta gravidade; 3- os 4 casos de PNA ocorreram em utentes com disfagia grave, ou seja, com indicação para administração de alimentação entérica por SNG. Estes resultados corroboram o estudo realizado por Warnecke et al. (2017), no qual a eGUSS demonstrou excelente eficácia na deteção do risco de aspiração, com uma sensibilidade de 100% em todos os utentes com NIHSS>4, incluindo utentes com AVC grave e muito grave (NIHSS≥15).

Ainda associado aos resultados de prevalência de PNA, constata-se que os 4 utentes que desenvolveram PNA na amostra G1, tinham indicação para “Nada Per Os” (NPO), por disfagia grave. Também Sorensen et al. (2013) refere que a alimentação por SNG foi associada ao aumento de incidência de pneumonia. Este dado vem ainda corroborar o estudo de Teuschl et al. (2018), no qual, dos 993 utentes avaliados com eGUSS, 50 utentes (5%) desenvolveram SAP e destes, 60% (30 utentes), tinham indicação para NPO o que neste estudo, veio considerar a entubação nasogástrica (ENG) como um fator preditor para infeções respiratórias. A infeção respiratória ocorreu em 37% dos pacientes com SNG, em comparação com 5% sem SNG e, 15% dos pacientes com SNG desenvolveram SAP em comparação com 4% sem SNG. Tem sido sugerido que a SNG pode reduzir o risco de aspiração durante a alimentação, mas pode também aumentar o risco de infeções respiratórias, devido a uma maior carga bacteriana da saliva. Outros fatores adicionais, tais como o tempo de permanência da SNG, a qualidade da higiene oral ou o uso de antibióticos podem influenciar o desenvolvimento de infeções respiratórias (Teuschl et al., 2018).

Analisando a demora média de internamento nos utentes sem PNA (7,05dias) e com PNA (8,5dias) na amostra G1, verificamos que estes últimos permaneceram cerca de 1 dia e meio a mais na UAVC. Estes resultados podem não ser muito significativos, tendo em conta o número reduzido de utentes com PNA (4), a ausência de análise de outras variáveis como as diferentes

comorbilidades e diagnósticos secundários associados e também pela transferência dos utentes para outros serviços de internamento logo que se encontrem hemodinamicamente e neurologicamente estáveis. Ainda assim, estes dados, estão de acordo com vários estudos realizados ao longo dos últimos anos, nos quais se aponta a PNA como causa do aumento do tempo de internamento e dos diversos custos associados (Ehsani et al., 2006; Mansoa et al., 2008; Goodman et al., 2011; Allué et al., 2014; Arnold et al., 2016; Palli et al., 2017).

A taxa de mortalidade não foi considerada neste estudo por se entender que outras variáveis teriam de ser associadas e incluídas. No entanto, é possível observar que, comparando os utentes com diagnóstico de disfagia nas duas amostras, ocorreram 5 óbitos na amostra G0, todos com PNA e 2 na amostra G1, ambos sem PNA. Palli et al. (2017) verificou no seu estudo, uma redução da taxa de mortalidade nos utentes com AVC (6,1% vs 1,1%), quando a avaliação da disfagia passou a ser realizada diariamente em horário completo em vez de horário de 8h de segunda a sexta-feira. Vários estudos indicam que a pneumonia nos utentes com AVC, é responsável pelo aumento da mortalidade e dos custos hospitalares (Jauch, et al., 2013; Bijani, et al., 2014; Arnold et al., 2016; Palli et al., 2017).

Após a presente discussão, reforça-se a pertinência da avaliação precoce da disfagia, nos utentes acometidos por AVC em fase aguda, como uma intervenção fundamental para a segurança do utente e consequente melhoria da qualidade dos cuidados. Doran et al. (2006), afirmam que os resultados da prestação de cuidados de enfermagem são um componente essencial da avaliação da qualidade e efetividade, constituindo uma importante fonte de evidências sobre a eficácia dos mesmos. A análise dos dados deste estudo procurou relacionar as intervenções de enfermagem com os resultados obtidos, baseados na evidência empírica, através da monitorização de indicadores de processo e resultado. Ainda que não tenha sido diretamente evidenciado no estudo, é perceptível que a importância da experiência e da formação dos enfermeiros, bem como a relação com toda a equipa multidisciplinar e o ambiente em que esta está inserida, constituem indicadores de estrutura fundamentais para o desempenho das suas funções, a fim de se obterem cuidados de qualidade, promotores da segurança e satisfação dos utentes, tal como nos referem Irvine et al. (1998), no seu Modelo de Efetividade dos Cuidados Enfermagem.

A avaliação da disfagia é uma intervenção que produz ganhos em saúde significativos para o utente e também para a instituição, na medida em que pode reduzir o impacto do EA aspiração e os efeitos negativos que daí advêm, como o aumento do tempo de internamento, a perda de

potencial de reabilitação e a exposição do utente a outros riscos associados que requerem novos tratamentos, com custos adicionais.

8. CONCLUSÃO

As competências no domínio da gestão conferem ao enfermeiro gestor o dever de desenvolver um sistema de gestão de qualidade e segurança como modelo de excelência e referência para a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados. Esta prática é necessariamente baseada na evidencia e orientada para a obtenção de ganhos em saúde (OE, 2018). A gestão que aqui se impõe constitui um permanente desafio face às complexas realidades que se vivem em contexto hospitalar.

A ocorrência de EA é uma das problemáticas de grande preocupação ao nível das organizações de saúde. São inúmeros os estudos que apontam os EA como uma das principais causas associadas ao aumento do tempo de internamento, aumento da taxa de morbilidade e mortalidade. A OMS e outras organizações são consensuais em considerar fundamental, entre outras estratégias, a construção de uma cultura organizacional de segurança. Ao enfermeiro gestor, nas suas funções de gestão operacional, cabe identificar as situações de risco e promover, junto da equipa que lidera, as condições necessárias para a implementação de medidas preventivas que garantam a segurança dos utentes e dos profissionais.

Na génese deste estudo estão subentendidos três aspetos fundamentais na gestão do risco clínico: a identificação e a avaliação do risco e, a monitorização de alguns indicadores capazes de garantir a segurança do utente.

A importância da avaliação da disfagia na pessoa acometida por AVC é hoje indiscutível. Os ganhos em saúde para o próprio e para a instituição estão já documentados nos vários estudos publicados ao longo das últimas duas décadas e principalmente desde que o AVC começou a ser considerado uma emergência médica. A norma nº 015/2017 da DGS reforça a sua recomendação quando inclui a “monitorização da capacidade de deglutição” no instrumento de auditoria criado para aferir o funcionamento da “Via Verde do AVC no Adulto”.

Efetuando uma síntese dos resultados obtidos, constatou-se que a prevalência de disfagia foi de 39,2%, na amostra G0, na qual foi aplicado o teste de triagem com administração de 2 a 10 ml de água e, 54,9% na amostra G1, na qual foi aplicada a eGUSS. Estes dados demonstram uma taxa elevada de disfagia e que está em consonância com a literatura atual em que vários autores apontam valores entre os 30% e 70% nos primeiros três dias após AVC (Martino et al., 2005; Smithard et al., 2007; Holland et al., 2011; Teismann et al., 2011; Takahata et al., 2011; Karagiannis et al., 2011, Sorensen et al, 2013; Bijani et al., 2014; López, 2014; Arnold et al.,

2016; Warnecke et al., 2017). Quanto à prevalência de PNA, os dados foram significativamente diferentes, obtendo-se 18% do total da amostra G0, (45,23% dos utentes com disfagia) e 4,4% na amostra G1, (8% dos utentes com disfagia). Estes dados permitem inferir que a aplicação da eGUSS e as recomendações associadas vieram modificar substancialmente o número de casos diagnosticados com PNA, concluindo-se que a aplicação desta escala é de extrema relevância no que diz respeito à gestão do risco clínico em doentes com AVC.

Nas duas amostras, a taxa de efetividade diagnóstica do risco de aspiração foi de 100%, dado que os casos de PNA ocorreram apenas nos utentes identificados com disfagia e consequentemente com risco de aspiração. Martino et al. (2005), Al-Khaled et al. (2016), e Joundi et al. (2017), também referiram nos seus estudos a elevada taxa de prevalência de PNA nos utentes com diagnóstico de disfagia em comparação com os utentes com função normal da deglutição. Estes dados indicam que a identificação da disfagia nas duas amostras foi eficaz com ambos os testes. Já, no que diz respeito à taxa de efetividade na prevenção da aspiração, na amostra G0 foi de 54,76% vs 92% na amostra G1, revelando resultados significativamente díspares. A aplicação da eGUSS permitiu a classificação em diferentes graus de severidade e a implementação de medidas em consonância, concluindo-se que a sua aplicação refletiu uma elevada taxa de efetividade na prevenção da PNA.

Analizando ainda a relação entre os diferentes graus de gravidade da disfagia avaliados pela eGUSS e o NIHSS médio, à data da alta/transferência, observa-se que existe coerência entre as duas escalas quanto ao grau de gravidade e que, as medidas recomendadas pela eGUSS foram eficazes na identificação e prevenção da PNA em utentes com AVC de moderada (NIHSS 4-15) e alta gravidade (NIHSS \geq 15). Estes resultados corroboram o estudo realizado por Warnecke et al. (2017), no qual a eGUSS demonstrou excelente eficácia na deteção do risco de aspiração, com uma sensibilidade de 100% em todos os utentes com NIHSS $>$ 4, incluindo utentes com AVC grave e muito grave (NIHSS \geq 15).

Relativamente aos 4 casos de PNA na amostra G1, estes ocorreram em utentes com disfagia grave, os quais foram alimentados com a administração de alimentação entérica, em perfusão contínua por SNG. Existem estudos que consideram a ENG como um fator preditor para infeções respiratórias (Teuschl et al., 2018), pois ainda que reduza o risco de aspiração durante a alimentação, outros fatores como o tempo de permanência da SNG, a qualidade da higiene oral ou o uso de antibióticos, podem influenciar o desenvolvimento de infeções respiratórias (Sorensen et al., 2013; Teuschl et al., 2018).

A evolução do *score* GUSS ao longo do internamento demonstrou resultados similares aos encontrados na literatura consultada (50% melhorou, 36% não sofreu alterações e 10% agravou), os quais referem que cerca de 50% dos utentes readquirem a função normal da deglutição até ao sétimo dia pós AVC e os que não recuperam, irão necessitar de reabilitação prolongada (Martino et al., 2005; Gandolfi et al., 2014; Arnold et al., 2016). Estes dados impulsionam um pensamento reflexivo sobre esta temática, na medida em que quando se negligência uma intervenção atempada e adequada na prestação de cuidados a estes utentes, todo o percurso na evolução da recuperação do seu estado de saúde é colocado em risco. Sendo o ato de alimentar uma função autónoma do enfermeiro, é da sua competência identificar práticas de risco que podem comprometer a segurança do utente e adotar as medidas apropriadas (OE, 2015).

A mais-valia desta escala consiste na aplicação de recomendações adequadas ao grau de severidade de disfagia, permitindo a instituição de modificações dietéticas capazes de prevenir a aspiração, a desnutrição e a desidratação (Trapl et al, 2007; Teuschl et al, 2018). É ainda promotora de estratégias profiláticas da aspiração como a implementação de um plano de cuidados individualizado com intervenções de enfermagem específicas como por exemplo, a utilização de manobras compensatórias da deglutição e a intensificação da higiene oral. A sua aplicação pressupõe o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar (Enfermeiros, médicos, Assistentes Operacionais, Nutricionista, Auxiliares da copa), o que levou a que todos os intervenientes se sentissem importantes no processo de mudança, tendo contribuído para o sucesso dos resultados.

Os resultados finais deste estudo permitem responder à pergunta que lhe deu origem, afirmando que a avaliação da disfagia com a aplicação da eGUSS na pessoa com AVC em fase aguda, influencia positivamente a prevenção da pneumonia de aspiração.

Este estudo tem várias limitações, em que a principal se refere ao seu desenho retrospectivo observacional, condicionando a recolha de dados apenas ao registo nos processos clínicos, entre os quais o diagnóstico de PNA. Outras limitações se podem apontar:

- não foi um estudo controlado e a distância temporal que medeia entre as duas amostras é de três anos; seria necessário incluir outras variáveis como as comorbilidades associadas, a frequência da higiene oral ou o tratamento com antibióticos;

- não foi monitorizada a frequência de intervenções de enfermagem de reabilitação em cada utente, as quais poderão ser influenciadoras na qualidade dos resultados obtidos;
- o estudo decorreu numa UAVC, em que o tempo de internamento preconizado é de 72 horas, após o qual, sempre que reunidas as condições, os utentes são transferidos para outros serviços de internamento, o que reduziu as possibilidades de observação da evolução mais tardia do grau de disfagia e da resolução da PNA, bem como do número de dias de internamento.

Estas limitações não permitem a generalização do estudo. Ainda assim, foi possível verificar uma significativa diferença entre as duas amostras G0 e G1, quanto à taxa de prevalência de disfagia (18% vs 4,4%) e taxa de prevenção de PNA (54,76% vs 92%).

Como implicações do estudo, é visível que estes resultados permitem aos enfermeiros e, em particular aos enfermeiros gestores, uma reflexão sobre a importância do desenvolvimento de intervenções específicas na prática diária de cuidados, que podem influenciar significativamente os resultados dos cuidados de enfermagem, promovendo a segurança, contribuindo para a melhor qualidade de vida dos utentes e, consequentemente para a diminuição de custos associados aos cuidados de saúde.

Na pessoa com AVC, esta é sem dúvida uma área prioritária na gestão do risco, que requer maior investimento e dedicação por parte dos enfermeiros e cabe ao enfermeiro gestor ser o impulsionador para o envolvimento de todos os profissionais de enfermagem na aquisição de formação que permita avaliar com precisão a deglutição, distinguir o grau de severidade da disfagia e criar intervenções de enfermagem adequadas.

Com este trabalho pretende-se ainda que outras unidades prestadoras de cuidados possam compreender a importância da existência de um protocolo de avaliação da disfagia como uma medida imprescindível para uma prestação de cuidados seguros. São vários os estudos (Jauch et al., 2013; Palli et al., 2017; Wl.Titsworth et al., 2013; Yeh et al., 2011), que afirmam a sua mais-valia e é também uma recomendação nas *guidelines* nacionais e internacionais (ESO, 2008; ESSD, 2012; DGS, 2015; AHA/ASA, 2016).

Em Portugal, são escassos os estudos nesta área, pelo que se recorreu a estudos internacionais para sustentar o trabalho realizado. Acredita-se que este estudo possa de alguma forma

contribuir para a realização de novas investigações que forneçam resultados de maior pertinência e que possam alterar comportamentos que comprometem a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Um aspeto observado neste estudo e que é corroborado por outros autores (Sorensen et al, 2013; Teuschl et al., 2018), refere-se à elevada prevalência de PNA nos utentes alimentados por SNG. Seria pertinente uma investigação mais aprofundada desta realidade, que pudesse trazer novos contributos para a melhoria dos cuidados.

Sugere-se ainda a replicação deste estudo num serviço de internamento, que inclua outras variáveis, como as comorbilidades, a introdução de antibióterapias e outros, onde poderá ser calculada com maior precisão, a demora média e eventualmente os custos associados.

O controlo dos riscos e eventos adversos promove a qualidade dos cuidados e, estes devem ser efetivados de forma preventiva e no sentido da segurança. “A ideia de excelência da prática liga-se claramente a uma prática de cuidados seguros” (Nunes, 2006:12). E aqui, o enfermeiro gestor detém a responsabilidade acrescida pela equipa que lidera e pelo nível de cuidados que são prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHA/ASA (2016). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Acedido em 10 de junho 2018. Disponível em:

<https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/STR.0000000000000098>

AHA/ASA (2017). Quality metrics and reporting in value-based care : report from the front lines. Chicago, Il : American Hospital Association. Acedido em 10 de junho 2018. Disponível em: https://www.hhnmag.com/ext/resources/inc-hhn/pdfs/2017/HF_Critical-Conversations_Quality.pdf.

Aiken, L., Havens, D. & Sloane, D. (2000). The magnet nursing services recognition program. *American Journal of Nursing*, 100(3), pp. 26-36.

Aiken, L., Clark, S., & Sloane, D. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care*, pp. 5-14.

Aiken, L.; Sermeus, W.; Van den Heede, K.; Sloane, D.; Busse, R.; McKee, M. et al. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *Bmj*, 344, e1717.

Allué, N.; Chiarelloa, P.; Delgado, E. B.; Castells, X.; Giraldo, P.; Martínez, N. (2014). Impacto económico de los eventos adversos en los hospitales españoles a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos. *Gaceta Sanitaria*, 28(1), 48–54. Acedido em 10 de junho de 2018. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v28n1/original7.pdf>

AL-Khaled, M.; Matthis, C.; Binder, A.; Mudter, J.; Schattschneider, J., Pulkowski, U.; Strohmaier, T.; Niehoff, T.; Zybur, R.; Eggers, J.; Valdueza, J.M.; Royle, G. (2016). Dysphagia in patients with acute ischemic stroke: Early dysphagia screening may reduce stroke related pneumonia and improve stroke outcomes. *Cerebrovascular Diseases*, 42, p.81-89. Acedido em 11 de junho de 2018. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/Abstract/445299>

Amaral A. (2010). Efetividade dos cuidados de enfermagem: modelos de análise. *Revista Investigação em Enfermagem*, fev. 96-105. Acedido em 11 de junho de 2018. Disponível em: www.researchgate.net/publication/289539696_A_Efetividade_Dos_Cuidados_De_Enfermagem_Modelos_De_Analise

Amaral, A.; Ferreira, P.; Cardoso, M.; & Vidinha, T. (2014). Implementation of the Nursing Role Effectiveness Model. *International Journal of Caring Sciences*, Vol. 7, Issue 3, Setembro-Dezembro. 757-770.

Almirall, J.; Cabré, M.; Clavé, P. (2012). Complications of oropharyngeal dysphagia: aspiration pneumonia. Nestle nutrition institute workshop series. 72:67-76. Doi: 10.1159/000339989.

Aoki S, Hosomi N, Hirayama J, Nakamori M, Yoshikawa M, Nezu T, et al. (2016). The multidisciplinary swallowing team approach decreases pneumonia onset in acute stroke patients. *PloS One*, May, 11: e0154608. Acedido em 12 de junho de 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4854465/pdf/pone.0154608.pdf>

Arnold M, Liesirova K, Broeg-Morvay A, Meisterernst J, Schlager M, Mono M-L, et al. (2016). Dysphagia in Acute Stroke: Incidence, Burden and Impact on Clinical Outcome. *PloS One*, 11:e0148424. Acedido em 12 de junho de 2018. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0148424>

Aspiration Pneumonia Study Group, (2003). *The Diagnosis and Treatment of Aspiration Pneumonia*, Pfizer, Tokyo.

Azzolin, O. (2011). *Efetividade da implementação das intervenções de enfermagem*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Tese de doutoramento em enfermagem. Acedido em 28 de março de 2018. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/34808>

Bijani, B.; Mozhdehipanah, H.; Jahanihashemi, H.; Azizi, S. (2014). The impact of pneumonia on hospital stay among patients hospitalized for acute stroke. *Journal of Neurosciene Nursing*, 19(2):118-23. Acedido em 29 de março de 2018. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/48bb/97f1a84fffd87a3cb4b9b3b37a927a349a5d.pdf>

Bours, G. J. J. W.; Speyer, R.; Lemmens, J.; Limburg, M. & de Wit, R. (2009). Bedside screening tests vs. videofluoroscopy or fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing to detect dysphagia in patients with neurological disorders: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 65(3), 477–493. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04915.x. Acedido em 30 de março. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2008.04915.x>

Bray B.D.; Smith C.J.; Cloud G.C.; Enderby, P.; James, M.; Paley, L. et al. (2017). The association between delays in screening for and assessing dysphagia after acute stroke, and the risk of stroke-associated pneumonia. *J. Neurol. Neurosurgery. Psychiatry*. 88:25–30. Acedido em 29 de março. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/jnnp-2016-313356> PMID: 27298147

Burns, N., & Grove, S. K. (2011). *Understanding Nursing Research: Building an Evidence-Based Practice*. Chapter 9 - *Outcomes Research*. (5ª edição). Maryland Heights: Elsevier Saunders.

Cardoso, A.T.; Raínho, J.M.C.; Quitério, P.C. M.; Cruz, V.; Magano, A.M.; Castro, M. et al. (2011). Avaliação clínica não-invasiva de disfagia no AVC – Revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série - n.º 5; 135-143. Acedido em 29 de março. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn5/serIIIIn5a14.pdf>

Costa, A & Othero, M. (2014). *Reabilitação em Cuidados Paliativos*. Lusodidacta, Ed. Loures.

DeLegge, Mark H. (2002). Aspiration Pneumonia: Incidence, Mortality and At-Risk Populations. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 26 (6 suppl), S19-S25. Acedido em 10 de maio 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/014860710202600604>

Despacho n.º 5613/2015. Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. *Diário da República*, - 2ª série, nº 102/27 de maio de 2015. p. 13550-13553. Lisboa: Ministério da Saúde.

DGS (2009). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. Critérios para definição de infeções nos cuidados de saúde de agudos*. Documento traduzido e adaptado dos Centers for Disease Control and Prevention (CDC): National Healthcare Safety Network (NHSN), p. 26-36. (57p), Lisboa, Portugal. Acedido em 12 de dezembro de 2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/inquerito-de-prevalencia-de-infeccao-2009/definicoes-de-infeccao/definicoes-de-infeccao-dos-cdc-2008-pdf.aspx>.

DGS (2010). *Plano nacional de saúde 2011-2016. A qualidade dos cuidados e dos serviços*. Lisboa, Portugal. Acedido em 22 de abril 2018.

<http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/07/Q2.pdf>

DGS (2011). *Relatório Técnico - Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Lisboa. Portugal. Acedido em 12 de junho de 2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/.../classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>

DGS (2015). *Plano nacional de saúde. Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa, Portugal. Acedido em 22 de abril 2018. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

DGS (2017a). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Norma nº 015/2017 de 13 de julho. Lisboa. Portugal. Acedido em 22 de abril 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/Utilizador/Desktop/Downloads/i023807.pdf>

DGS (2017b). *Programa Nacional para as Doenças Cerebrovasculares*. Lisboa. Portugal. Acedido em 22 de abril 2018. Disponível em: file:///C:/Users/Utilizador/Desktop/Downloads/DGS_PNDCCV_V11.pdf

Donabedian, A. (1996). The Effectiveness of Quality Assurance. *International Journal for Quality in Health Care*, 8(4), pp. 401-407. Acedido em 12 de maio de 2018. Disponível em: <https://intqhc.oxfordjournals.org/content/intqhc/8/4/401.full.pdf>

Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), pp. 691-729. Acedido em 16 de maio de 2018. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>

Donovan, Neila J.; Daniels, Stephanie K.; Edmiaston, J.; Weinhardt, J.; Summers D. & Mitchell, Pamela H. (2012) - Dysphagia screening: state of the art: invitational conference proceeding from the State-of-the-Art Nursing Symposium. International Stroke Conference, *AHA/ASA Conference Proceedings*. Acedido em 29 de março de 2018. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/content/44/4/e24.full>

Doran, D., Harrison, M., L. H., Hirdes, J., Rukholm, E., Sidani, S., C. L. (2006). Relationship between nursing interventions and outcome achievement in acute care settings. *Research in nursing & health*, 29(1), pp. 61-70.

Doran, D. (2011). *Nursing Outcomes: The State of Science*. (2ª ed.). Ontario: Jones & Bartlett Learning.

Ehsani, J.P.; Jacckson, T.; Duckett, S.J. (2006). The incidence and cost of adverse events in Victorian hospitals 2003-04. *The Medical Journal of Australia*. 184(11):551–555. Acedido em 18 abril 2018. Disponível em: <https://www.mja.com.au/journal/2006/184/11/incidence-and-cost-adverse-events-victorian-hospitals-2003-04>

Elvio, J; Roque, S. & Amaral, A (2015). Estudo RN4Cast em Portugal: ambiente da prática de enfermagem. *Revista investigação em enfermagem*, nov., pp. 26-44. Acedido em 8 de novembro de 2018. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/289537196_Estudo_RN4Cast_em_Portugal_ambientes_de_pratica_de_enfermagem

Escola Superior de Saúde de Lisboa (2017). Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações: normas APA e ISO 690 (np 405), Lisboa.

European Stroke Organisation (ESO) (2008). Executive Committee, ESO Writing Committee - Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack. *Cerebrovascular Diseases*; 25:457–507. Acedido de 22 de maio de 2018. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/Pdf/131083>

European Society for Swallowing Disorders (2012). ESSD Position Statements on Screening, diagnosis and treatment in stroke patients. *Precongress Course on Oropharyngeal Dysphagia in Stroke Patients, 2nd ESSD Congress*, Barcelona, 25 outubro 2012. Acedido em 22 de maio de 2018. Disponível em:

http://www.myessd.org/docs/position_statements/ESSD_Position_Statements_on_OD_in_stroke_patients_-_4_01_13.pdf

Ferreira, A.; Pierdevara. L.; Ventura, I.M.; Gracias, A. M.; Marques, J. M.; Reis, M. G. (2018). Gugging Swallowing Screen: contributo para a validação cultural e linguística para o contexto português. *Revista de Enfermagem Referência*. IV Série - n.º 16; 85 – 94. Acedido em 4 de junho de 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV17090>

Ferreira, R., & Amendoeira, J. (2015). Resultados Sensíveis em Enfermagem. Ensaio: Modelo de Avaliação da Qualidade dos Cuidados. *Revista da UIIPS*. 5 (3), pp. 396-407.

Fragata, J.& Martins, L. (2005). *O Erro em Medicina: Perspectivas do Indivíduo, da Organização e da Sociedade*. Coimbra. Almedina.

Fragata, J. (2009). Gestão do risco. In Campos, L.; Eiras M.; Portugal R. (Coords). *Governança dos hospitais*. (pp.75-105). Casa das Letras. Sociedade Editorial, LDA.

Gandolfi, M.; Smania, N.; Bisoffi, G.; Squaquara, T.; Zuccher, P.; Mazzucco, S. (2014). Improving Post-Stroke Dysphagia Outcomes Through a Standardized and Multidisciplinary Protocol: An Exploratory Cohort Study. *Dysphagia*, Vol. 29, (6) pp. 704–712. Acedido em 12 maio 2018. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25115857>

Gasiorowska. A. & Fass, R. (2009). Current approach to dysphagia. *Gastroenterologia y Hepatologia*. 5, 269-279. Acedido em 12 de setembro 2018. Disponível em: file:///C:/Users/Utilizador/Desktop/Downloads/Current_Approach_to_Dysphagia.pdf

González-Fernández, M.; Ottenstein, L.; Atanelov, L. & Christian, A.B. (2013). Dysphagia after Stroke: an Overview, *Curr Phys Med Rehabil Rep*. 1(3): 187–196. Acedido em 23 de maio de 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4066736/pdf/nihms475418.pdf>

Goodman, J.C.; Villarreal, P., Jones, B. (2011). The social cost of adverse medical events, and what we can do about it. *Health Affairs* (Millwood). (4):590–595. Acedido em 12 de outubro 2018. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.2010.1256>

Gordis, Leon. (2009). *Epidemiologia*. (4ª ed.). Lisboa: Revinter. ISBN-10: 8537202762

Grove, S. K.; Burns, N. & Gray, J. R. (2013). *Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence* (7th ed ed.). St. Louis: Elsevier/Saunders

GRUPO NEURO-ICTUS, (2017). Escala NIHSS National Institute of Health Stroke Score, *Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*. Acedido em 4 de julho de 2018. Disponível em:

<http://tiempoescerebro.com/wp-content/uploads/2017/06/nihss.pdf>

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem – Pensamento e acção numa perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

Hines, S.; kynoch, K. & Munday, J. (2016). Nursing interventions for identifying and managing acute dysphagia are effective for improving patient outcomes: a systematic review update. *Journal of Neuroscience Nursing*. 48(4):215–223. DOI: 10.1097/JNN.0000000000000200

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação. Prevenção, Intervenção e Resultados esperados*. Loures. Lusodidacta.

Holland, G., Jayasekeran,V., Pendleton, N., Horan, M., Jones, M.,(2011). Prevalence and symptom profiling of oropharyngeal dysphagia in a community dwelling of an elderly population: a self-reporting questionnaire survey. *Diseases Esophagus*, Sep; 24(7), 1442–2050. Acedido em 10 de abril de 2018. Disponível Em: <http://doi.org/10.1111/j.1442-2050.2011.01182.x>.

Hughes, S. (2011). Management of dysphagia in stroke patients. *Journal Nursing Older People*. Nº 3. Volume 23. Acedido em 10 de abril de 2018. Disponível Em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=ae62a4a8-6072-47eb-b7aa-24ee866853f3%40pdc-v-sessmgr05>

Institute of Medicine (2004). Keeping patients safe – Transforming the work environments of nurses. Washington, D.C. *National Academy Press*. Acedido em 10 de junho de 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25009849>

Instituto Nacional de Estatística (2017). Causas de morte – 2015, *Destaque, Informação à Comunicação Social*. Acedido em 17 de novembro de 2018. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=281091494&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Irvine, D.; Sidani, S. & McGillis Hall, L. (1998). Linking Outcomes to Nurses' Roles in Health Care. *Nursing Economic\$,* 16 (2), 58-64.

Joanna Briggs Institute. (2013). Grades of recommendation. Acedido em 17 de maio de 2018. Disponível em: <http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Grades-of-recommendation>

Jauch, E.C.; Saver, J.L.; Jr, Harold, P.A.; Bruno, A.; Connors, J.J. (Buddy); Demaerschalk, B.M. (2013). Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke – *A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/ American*

Stroke Association. Acedido em 25 de março de 2018. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/content/44/3/870>

Joundi, R.A.; Martino, R.; Saposnik, G.; Giannakeas, V.; Fang, J.; Kapral, M.K. (2017). Predictors and Outcomes of Dysphagia Screening After Acute Ischemic Stroke. *Stroke*, 48:900–6. Acedido em 12 de junho de 2018. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/STROKEAHA.116.015332>

Karagiannis, M. J. P.; Chivers, L., & Karagiannis, T. C. (2011). Effects of oral intake of water in patients with oropharyngeal dysphagia. *BMC geriatrics*, 11(1), 9. Acedido em 22 de maio de 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3053239/pdf/1471-2318-11-9.pdf>

Kishore AK, Vail A, Chamorro A, Garau J, Hopkins SJ, Di Napoli M, et al. (2015). How is pneumonia diagnosed in clinical stroke research? A systematic review and meta-analysis. *Stroke/AHA*. 46:1202–9. Acedido em 23 de setembro 2018. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/STROKEAHA.114.007843>

Lanspa MJ; Jones BE; Brown SM; Dean NC. (2013). Mortality, morbidity, and disease severity of patients with aspiration pneumonia. *Journal of Hospital Medicine*, Feb.8 (2):83-90. Acedido em setembro de 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3774007/>

Lake, E. (2002). Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*, 25(3), pp. 176-188.

Lingsma, H.; Bottle, A.; Middleton, S.; Kievit, J.; Steyerberg, EW.; Marang-van de Mheen, PJ. (2018). Evaluation of hospital outcomes: the relation between length-of-stay, readmission, and mortality in a large international administrative database. *BMC Health Services Research*. 18 : 116 (2018) 1-10. Acedido em 10 de setembro de 2018. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5813333/pdf/12913_2018_Article_2916.pdf

Logemann, J. A. (1998). *Evaluation and treatment of swallowing disorders* (2.a ed.). Austin, Texas: Pro-ed, An international publisher

López, L.R.; Fernández-Alonso M.; Vega-Ramírez FA.; Salido-Campos MA.; Padilla-Góngora D. (2014). Tratamiento y rehabilitación de la disfagia tras enfermedad cerebrovascular. *Rev*

Neurol. 58(6): 259-267. Acedido em 22 de maio de 2018. Disponível em: <https://www.neurologia.com/articulo/2013335>

Mansoa, A.; Vieira, C.; Ferrinho, P.; Nogueira, P.; & Varandas, L. (2011). Eventos adversos na prestação de cuidados hospitalares em Portugal no ano de 2008. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*. 29, (02), 116-122.

Marik, P.E. (2001). Aspiration pneumonitis and aspiration pneumonia. *New England Journal of Medicine*, 344 (9), 665-671. Acedido em 12 de setembro de 2018. Disponível em: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200103013440908?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed

Martino, R.; Foley, N.; Bhogal, S.; Diamant, N.; Speechley, M. & Teasell, R. (2005). Dysphagia after stroke: Incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke*, 36(12), 2756–63. Acedido em 12 de maio de 2018. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/01.STR.0000190056.76543.eb>

Matsuo, K. & Palmer, J.B. (2008). Anatomy and Physiology of Feeding and Swallowing – Normal and Abnormal, *Phys Med Rehabil Clin N Am*. Nov., 19(4): 691–707. Acedido em 10 de maio de 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2597750/pdf/nihms-79127.pdf>

McCormack, B. & McCance, T.V. (2010). Person-centred nursing. Theory and practice. *Chichester: Wiley-Blackwell*.

Mezomo, J. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde: princípios básicos*. Brasil: Editora Manole, Lda. 301p. ISBN: 9788520412633

Middleton, S.; Grimley, R.; Alexandrov, A. (2015). Triage, Treatment, and Transfer Evidence-Based Clinical Practice Recommendations and Models of Nursing Care for the First 72 Hours of Admission to Hospital for Acute Stroke. *Stroke*, 46:18-25. Acedido em 14 de setembro de 2018. Disponível em: <https://stroke.ahajournals.org/content/46/2/e18.extract>.

National Patients Safety Agency (2008). Healthcare risk assessment made easy. The National Patient Safety Agency 4-8. *Annual Report and Accounts 2007/08*. Maple Street London W1T 5HD. Acedido em 12 de setembro de 2018. Disponível em: http://www.mtpinnacle.com/pdfs/Healthcare_Risk_Assess.pdf

Nonaka, S.; Fujii, S.; Hara, M.; Morita, S.; Sueoka, E.; Node, K.; & Fujimoto, K. (2018). Incidence of aspiration pneumonia during hospitalization in Japanese hospitalized cases did not increase whereas concern factors were exacerbated in a time-dependent manner: analysis of Diagnosis Procedure Combination (DPC) data. *Journal of Clinical Biochemistry and Nutrition*. Vol. 63 n.1, p.66–69. Acedido em 17 de outubro de 2018. Disponível em:

file:///C:/Users/Utilizador/Desktop/Downloads/Incidence_of_aspiration_pneumonia_during_hospitali.pdf

Nunes, L. (2006). Perspetiva ética da gestão do risco: caminhos para cuidados seguros. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, Nº 3, abril. p.53-58.

Nunes, L. (2013). Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. *Departamento de Enfermagem ESS/IPS*. Setúbal.

Karagiannis, M. J. P.; Chivers, L., & Karagiannis, T. C. (2011). Effects of oral intake of water in patients with oropharyngeal dysphagia. *BMC geriatrics*, 11(1), 9. doi:10.1186/1471-2318-11-9. Acedido em 4 de junho de 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3053239/pdf/1471-2318-11-9.pdf>

Kohn, L.T.; Corrigan, J.C.; Molla, S. M. (2000). To Err Is Human. Building a Safer Health System. Washington, D.C.: *National Academy Press*. Acedido em 4 de junho de 2018. Disponível em: <http://www.csen.com/err.pdf>

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE, (2015). *Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco?* Acedido em 8 de junho de 2018. https://www.academia.edu/20254348/Relatorio_Primavera_2015

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual; Enunciados Descritivos*. Lisboa. Portugal.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004). *Quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem*. Revista Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Portugal.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006). *Tomada de Posição sobre Segurança do Cliente*. Lisboa, Portugal.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2015a). *Regulamento n.º 190/2015. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa, Portugal.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2015b). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa, Portugal.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2018). *Regulamento n.º 76/2018. Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão*. Acedido em 8 de junho de 2018. Disponível em: <http://www.aenfermagemeasleis.pt/2018/01/30/regulamento-da-competencia-acrescida-avancada-em-gestao-ordem-dos-enfermeiros/>

Osborne, S.; Gardner, G.; Gardner, A.; Franklin, S.; Tuohy, E.; Fisher, A. (2006). Using a monitored test to assess risk of aspiration in postoperative patients. *AORN Journal*, 83 (4), 908-912. Acedido em 14 de maio 2018. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(06\)60010-0](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(06)60010-0)

Paiva, C.M.; Xavier, IC.; Farias, N. (2013). Envelhecimento e disfagia: uma questão de saúde pública. *Journal of Aging and Innovation*, 1(6). Acedido em 15 de junho de 2018. Disponível em:

<http://journalofagingandinnovation.org/pt/volume1-edicao6-2012/envelhecimento-e-disfagia/>

Palli, C.; Fandler, Simon; Doppelhofer, K.; Niederkorn, K.; Enzinger, C.; Vetta, C. et al. (2017). Early Dysphagia Screening by Trained Nurses Reduces Pneumonia Rate in Stroke Patients: A Clinical Intervention Study. *American Heart Association*. Set., 1-3. Acedido em 12 maio 2018. Disponível em:

<https://pdfs.semanticscholar.org/e468/1ce2aabea81544ae12267662446178cd1ed2.pdf>

Pereira, F.M. (2009). *Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros - Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto: Universidade do Porto.

Peters, M.DJ.; Godfrey C.; McInerney P.; Soares, C. B.; Khalil, H.; Parker, D. (2017). Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute. Acedido em 3 de Junho 2018, Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>

Pierdevara, L., & Eiras, M. (2016). Uma experiência com a Global Trigger Tool no estudo dos eventos adversos num serviço de medicina. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV (ISSNe: 2182.2883), 97–105. Acedido em 6 de abril 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15078>

Potra, T.M. (2015). *Gestão de cuidados de enfermagem: Das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade de cuidados de enfermagem* (Tese de doutoramento). Acedido em 6 de abril de 2018. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/20608?mode=full>

Ramos, S. & Trindade, L. (2011). Gestão do risco: Segurança do doente em ambiente hospitalar. *Dossier tecno hospital*. 48, nov/dez, 16-20.

Respirology (2009). The Japanese Respiratory Society. *Journal compilation Asian Pacific Society of Respirology*. 14 (Suppl.2) S59 – S64. Acedido em 7 de maio de 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1440-1843.2009.01578.x>

Richardson, A. & Storr, J. (2010). Patient safety: a literative review on the impact of nursing empowerment, leadership and collaboration. *International Nursing Review*, 57, 12–21. Acedido em 29 de maio de 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1466-7657.2009.00757.x>

Rodrigues, P. (2015). Gestão do Risco Clínico e Segurança do Doente. *Dia do Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira*. 26 março. Acedido em 12 de junho de 2018. Disponível em: <https://www.hseit.pt/files/Dia%20do%20Hospital%202015/Apresenta%C3%A7%C3%B5es/Gest%C3%A3o%20do%20Risco%20Cl%C3%ADnico%20e%20Seguran%C3%A7a%20do%20Doente.pdf>

Robbins, S.P., & Judge, T.A. (2013). *Organizational behavior* (15th ed.). Upper Saddle River, N.J.: Pearson/Prentice Hall.

Santoro, P.P.; Furia, C.; Forte, A.; Lemos, M.; Garcia, R.; Tavares, R.; Imamura, R. (2011). Otolaryngology and speech therapy evaluation in the assessment of oropharyngeal dysphagia: a combined protocol proposal. *Brazilian Journal Otorhinolaryngology*, 77(2), p.201-213. São Paulo. Acedido em 22 de abril 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942011000200010

Seabra, P., Sá, L., & Amendoeira, J. (2013). Resultados Sensíveis às Intervenções de Enfermagem com Pessoas Dependentes de Drogas. Uma Revisão Sistemática da Literatura.

Pensar Enfermagem, 17. N.º 2, 2º Semestre. Acedido em 12 maio 2018. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE17-2_Artigo5_44_58\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE17-2_Artigo5_44_58(1).pdf)

Smithard, D.G.; Smeeton, N.C. & Wolfe, C.D.A. (2007). Long-term outcome after stroke: does dysphagia matter? *Age Ageing*. 36:90–94. Acedido em 12 maio 2018. Disponível em: <https://academic.oup.com/ageing/article/36/1/90/40959>

Smithard, D.G. (2016). Dysphagia Management and Stroke Units. *Phys Med Rehabil Rep*. 4:287–294. Acedido em 12 maio 2018. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5148787/pdf/40141_2016_Article_137.pdf

Sorensen, R.T.; Rasmussen, R.S.; Overgaard, K.; Lerche, A.; Johansen, A.M.; Lindhardt, T. (2013). Dysphagia Screening and Intensified Oral Hygiene Reduce Pneumonia after stroke. *Journal of Neuroscience Nursing*, 45- Issue 3, p.139-146. Acedido em 12 maio 2018. Disponível em: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=23636069>

Sousa, P. (2006). Patient Safety - A Necessidade de uma Estratégia Nacional. Lisboa: *Acta Médica*. N.º 19, 309-318. ISSN 1646-0758. Acedido em 14 de abril de 2018. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/153419004.pdf>

Sousa-Pinto, B.; Marques, B.; Lopes F.; Freitas, A. (2018). Frequency and Impact of Adverse Events in Inpatients: A Nationwide Analysis of Episodes between 2000 and 2015. *Journal of Medical Systems* (2018) 42: 48. Acedido em 15 de dezembro de 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10916-018-0898-5>

Sousa-Uva, M.; Matias, C.D. (2014). Prevalência de Acidente Vascular Cerebral na população portuguesa: dados da amostra ECOS 2013. *Boletim Epidemiológico – Instituto Saúde Doutor Ricardo Jorge*. Departamento de Epidemiologia, INSA, p.12-14. Acedido em 12 setembro 2018. Disponível em: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2341/3/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_9_2014_artigo4.pdf

Sporns, P.B.; Muhle, P.; Hanning, Uta.; Suntrup-Krueger, S.; Schwindt, W.; Eversmann, J. et al. (2017). Atrophy of Swallowing Muscles Is Associated With Severity of Dysphagia and Age in Patients With Acute Stroke. *Journal of the American Medical Directors Association* 18(7) · March.p.1e1,1e7. Acedido em 26 de maio de 2018. Disponível em: [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(17\)30097-X/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(17)30097-X/fulltext)

Stephanie, K. Daniels et al (2013) - Valid Items for Screening Dysphagia Risk in Patients With Stroke: A Systematic Review. *Hindawi Publishing Corporation Nursing Research and Practice*, Article ID 304190, 7 pages. Acedido em 27 de março de 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/304190>

Swaminathan, A. (2013). Aspiration Pneumonitis and Pneumonia. *Medscape.com*. Acedido em abril 2018. Disponível em: <http://emedicine.medscape.com/article/296198-overview#a2>.

Takahata, H.; Tsutsumi, K.; Baba, H.; Nagata, I. & Yonekura, M. (2011). Early intervention to promote oral feeding in patients with intracerebral hemorrhage: a retrospective cohort study. *BMC neurology*, 11(1), 6. Acedido em 10 de setembro 2018. Disponível em: <https://bmcnneurol.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2377-11-6>

Teismann, I. K.; Suntrup, S.; Warnecke, T.; Steinsträter, O.; Fischer, M.; Flöel, A.; Ringelstein, E. B. et al. (2011). Cortical swallowing processing in early subacute stroke. *BMC neurology*, 11(1), 34. Acedido em 12 de abril de 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3061896/pdf/1471-2377-11-34.pdf>

Teuschl, Y.; Trapl, M.; Ratajczak, P.; Matz, K.; Dachenhausen, A.; Brainin, M., (2018). Systematic dysphagia screening and dietary modifications to reduce stroke-associated pneumonia rates in a stroke-unit. *Plos one*. E 13 (2): E0192142 Acedido em 12 de abril 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc5794132/pdf/pone.0192142.pdf>

The Japanese Respiratory Society (2009). Aspiration pneumonia. *Respirology*, 14 (Suppl.2), S59–S64. Acedido em 14 de abril 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1440-1843.2009.01570.x>

Trapl, M.; Enderle P.; Nowotny, M.; Teuschl, Y.; Matz, K.; Dachenhausen, A.; Brainin, M. (2007). Dysphagia Bedside Screening for acute-stroke patients: the gugging swallowing screen. *Journal of the American Heart Associations*. 38, pp.2948-2952. Acedido em 24 de março de 2018. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/content/strokeaha/38/11/2948.full.pdf>

Tronchin, D., Melleiro, M., Kuregant, P., Garcia, A., & Garzin, A. (2009). Subsídios teóricos para a construção e implantação de indicadores de qualidade em saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 30(3), pp. 542-6.

Turner, M.; Barber, M.; Dodds, H.; Murphy, D.; Dennis, M.; Langhorne, P. et al. (2015). Implementing a Simple Care Bundle Is Associated with Improved Outcomes in a National Cohort of Patients with Ischemic Stroke. *American Heart Association*. Acedido em 12 de abril de 2018. Disponível em:

<http://stroke.ahajournals.org/search?author1=Peter+Langhorne&sortspec=date&submit=Submit>

Vilelas, José (2017). *Investigação- O processo de construção do conhecimento*. 2ªed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Warnecke, T.; Im, S.; Kaiser, C; Hamacher, C.; Oelenberg, S.; Dziewas, R. (2017). Aspiration and dysphagia screening in acute stroke—the Gugging Swallowing Screen revisited. *European Journal of Neurology*. 24:594–601. Acedido em 14 de abril de 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ene.13251>

Wiedmann, S.; Hillmann, S.; Abilleira, S.; Dennis, M.; Hermanek, P.; Niewada, M. et al. (2015). Variations in acute Hospital Stroke Care and factors influencing adherence to quality indicators in 6 european audits. *Stroke/AHA*. 46, pp.579-581. Acedido em 14 de abril de 2018. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/content/46/2/579.abstract>.

Wilson, R.D. (2012). Mortality and cost of pneumonia after stroke for different risk groups. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 21 (1), 61-67. Acedido em 18 de abril de 2018. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3255072/pdf/nihms206426.pdf>

Wl, Titsworth; Abram, J.; Fullerton, Amy; Hester, Jeannette; Guin, Peggy; Waters, Michael F.; Mocco, J. (2013). Prospective quality initiative to maximize dysphagia screening reduces hospital-acquired pneumonia prevalence in patients with stroke. *Stroke/AHA*. 44(11), pp.3154-60. Acedido em 27 de março de 2018. Disponível em:

<https://pdfs.semanticscholar.org/0897/6cecea2fb912b426aac100d1e81852485982.pdf>

WMA DECLARATION OF HELSINKI, (2013). *Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Acedido em 25 de junho de 2018. Disponível em: http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2014/Fevereiro/WMA_DoH_EN.pdf

WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANIZATION (2014). World Gastroenterology Organization Practice Guidelines: Disfagia. Revisão. p.1-22. Acedido em 22 de abril 2018. Disponível em: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-portuguese-2014.pdf>

Yeh, Shin-Joe; Huang, Kuang-Yu; Wang, Tyng-Guey; Chen, Yee-Chun; Chen, Chung-Hwa; Tang, Sung-Chun. (2011). Dysphagia screening decreases pneumonia in acute stroke patients admitted to the stroke intensive care unit. *Journal of the Neurological Sciences*. 306, Issues 1-2, pp. 38–41. Acedido em 29-03-2018. Disponível em: [http://www.jns-journal.com/article/S0022-510X\(11\)00182-1/abstract?cc=y](http://www.jns-journal.com/article/S0022-510X(11)00182-1/abstract?cc=y)

APÊNDICES

CRONOGRAMA FINAL

[illegible]

Apêndice II - Revisão Scoping

REVISÃO SISTEMÁTICA

Avaliação da disfagia com a aplicação da escala de GUSS (Gugging Swallowing Screen) na prevenção da pneumonia de aspiração: uma revisão scoping

Dulce Gonçalves¹ • Maria Teresa Potra²

¹Mestranda em Gestão de Enfermagem, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; ²Professora Doutora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

RESUMO

Background

A prevalência da disfagia na pessoa acometida por AVC tem uma enorme relevância, estando presente em 42% a 67% dos doentes nos primeiros 3 dias. Destes 50% aspiram e um terço dos que aspiram desenvolve pneumonia que requer tratamento.¹ Em consequência, a pneumonia nos doentes com AVC é responsável pelo aumento do tempo de internamento, mortalidade e aumento dos custos hospitalares.^{2,3} A escala de GUSS (Gugging Swallowing Screen) é um dos instrumentos validados e segundo estudos realizados por Trapl⁴ (2007), a eGUSS previu o risco de aspiração com 100% de sensibilidade e 50% de especificidade.

Objetivo

Mapear e analisar a evidência científica existente sobre a avaliação da disfagia com método não invasivo (eGUSS) e sobre a prevenção da pneumonia de aspiração na pessoa em situação de AVC em fase aguda em contexto hospitalar.

Critérios de inclusão

Tipo de Participantes

Esta revisão sistemática considera todos os estudos que abordam a avaliação da disfagia com a eGUSS e a prevenção da pneumonia de aspiração na pessoa com AVC em fase aguda, com idade > 18 anos.

Conceito

A revisão scoping considera todos os estudos que avaliam a disfagia, com a aplicação da escala de GUSS e, o impacto dessa intervenção na prevenção da pneumonia de aspiração no doente com AVC em fase aguda.

Contexto

Esta revisão considera todos os estudos sobre a avaliação da disfagia com eGUSS e sobre a prevenção da pneumonia de aspiração na pessoa com AVC isquémico em fase aguda, em contexto hospitalar.

Tipo de fontes

A scoping considera todos os estudos quantitativos, qualitativos e revisões sistemáticas de literatura.

Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa teve como objectivo encontrar estudos publicados e estudos não publicados e realizou-se em três etapas. Inicialmente foi efectuada uma pesquisa na PubMed em linguagem natural, utilizando as palavras do título do trabalho. Num segundo tempo, foram utilizadas todas as palavras-chave e termos indexados nas bases de dados CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, individualmente e posteriormente utilizando os termos booleanos “AND” e “OR”. A terceira pesquisa constou de referências de estudos identificados, estudos não publicados e literatura cinzenta para estudos adicionais. Foram incluídos nesta pesquisa os estudos em língua portuguesa, espanhola e inglesa desde de 2006, data em que foi validada e publicada internacionalmente a escala de GUSS, até ao ano de 2018.

Extração dos resultados

Foi desenvolvida uma tabela para extracção de dados.

Apresentação de resultados

Foram encontrados sete estudos sobre a temática. Destes, três abordam a avaliação da disfagia com a aplicação da eGUSS, no âmbito da validação da escala e quatro abordam a avaliação da disfagia com a eGUSS e a sua implicação na prevenção da pneumonia de aspiração.

Conclusões

Os 7 estudos defendem que a eGUSS é um dos instrumentos mais eficientes na deteção e avaliação do grau de severidade da disfagia em utentes pós acidente vascular cerebral (AVC), porque além de permitir identificar a capacidade de ingestão oral, possibilita a alteração da alimentação diária do utente e a monitorização da sua evolução ao longo do tempo.

Os diferentes estudos são unânimes em concluir que a deteção precoce da disfagia promove estratégias profiláticas da aspiração, contribuindo para a redução do índice de pneumonia.

Palavras chave: Stroke Patients, Deglutition Disorders, Mass Screening, Screening Tool, Gugging Swallowing Screen, Aspiration Pneumonia, Pneumonia Aspiration, Hospital.

Background

A prestação de cuidados de saúde, pela sua complexidade e pelas atividades que desenvolve, tem associado um grau de risco ponderável, que requer dos profissionais uma intervenção atenta e continua para assegurar ao utente a maior segurança possível.

O Acidente Vascular Cerebral é a principal causa de morte em Portugal e uma das principais causas de incapacidade nos indivíduos. É por isso fácil pressupor que esta patologia é responsável pelo enorme acréscimo de custos financeiros - diretos e indiretos, custos estes, que as entidades de saúde e cidadãos em geral têm de suportar.

Além destes e não menos importantes no contexto da prestação dos cuidados de saúde, não nos podemos esquecer das enormes implicações na qualidade de vida dos cidadãos afetados por esta patologia.

A prevalência da disfagia na pessoa acometida por AVC tem uma enorme relevância, estando presente em 42% a 67% dos doentes nos primeiros 3 dias. Destes 50% aspiram e um terço dos que aspiram desenvolve pneumonia que requer tratamento.¹ Em consequência, a pneumonia nos doentes com AVC é responsável pelo aumento do tempo de internamento, mortalidade e aumento dos custos hospitalares.^{2,3}

É observável que a disfagia é uma das complicações mais descuradas no tratamento pelos profissionais de saúde e, quando ainda assim, se considera nos protocolos das unidades, é apenas para uma avaliação precoce adaptando o tipo de dieta e eventualmente os cuidados orais. Esta situação pode estar relacionada com o facto de se entender dar prioridade apenas a problemas vitais: a vida do doente, o facto de poder voltar a andar ou ainda a natural procura da total independência funcional.⁵ A necessidade urgente de uma nova abordagem à pessoa com disfagia pós AVC é hoje indiscutível, dado que existem múltiplos estudos que comprovam que a aplicação de um protocolo formal de avaliação da disfagia reduz a incidência de pneumonias de aspiração em pacientes hospitalizados^{2,6,7,8} reduz o tempo de internamento e os custos globais nos cuidados aos utentes^{6,9}

Estas implicações da disfagia, tanto a nível pessoal, como hospitalar e social levaram a que a triagem de disfagia fosse assumida como um indicador de qualidade de cuidados hospitalares à pessoa com AVC, por um grupo de consenso Europeu, no âmbito da European Implementation Score project, que definiu indicadores de qualidade de cuidados hospitalares ao AVC agudo.¹⁰ Um estudo de 2015, em que se analisou o efeito de quatro padrões de qualidade, entre os quais a avaliação de disfagia, demonstrou existir um aumento da mortalidade quanto menos desses indicadores padrão fossem aplicados.¹¹

A escala de GUSS (Gugging Swallowing Screen) é um dos instrumentos validados, que foi criado para ser simples de utilizar à cabeceira do utente, avaliando a severidade do

risco de aspiração e recomendando uma dieta em consonância. Segundo estudos realizados a eGUSS prevê o risco de aspiração com 100% de sensibilidade e 50% de especificidade, concluindo-se que esta escala oferece um método rápido e de confiança para identificar a disfagia e o risco de aspiração em utentes com AVC.⁴ Estudos realizados por Sorensen, em 2013, confirmam imagiologicamente que a incidência de pneumonia foi quatro vezes superior em utentes a quem não se avaliou a disfagia precocemente, quando comparados com um grupo de utentes nos quais se utilizou a escala de GUSS e em quem se intensificou a higiene oral.¹²

Citados por Ferreira et al,¹³ AbdelHamid e Abo-Hasseba (2017) e Bassiouny, Safinaz, Soliman, e Ahmed (2017), Trapl, Enderle, Teuschl, Dachenhausen, e Brainin (2007) defendem que a GUSS é um dos instrumentos mais eficientes na deteção e avaliação do grau de severidade da disfagia em utentes pós acidente vascular cerebral (AVC), porque além de permitir identificar a capacidade de ingestão oral, possibilita a alteração da alimentação diária do utente e a monitorização da sua evolução ao longo do tempo.

A eGUSS versão portuguesa demonstrou propriedades psicométricas excelentes, podendo ser aplicada a utentes em fase aguda da doença. A escala apresentou consistência interna avaliada através do alfa de Cronbach de 0,80 na fase direta e de 0,82 na fase indireta. A concordância interobservadores variou entre $\kappa=0,818$ e $\kappa=0,905$. A sensibilidade foi de 100% e especificidade de 43% e 56% (para ponto corte 13,50 e 4,50).¹³

Esta revisão scoping seguiu o método proposto pelo Instituto Joanna Briggs¹⁴ e teve como objetivo mapear e analisar a evidência científica existente sobre a avaliação da disfagia com método não invasivo (eGUSS) e sobre a prevenção da pneumonia de aspiração na pessoa em situação de AVC em fase aguda em contexto hospitalar.

Pergunta da revisão/objectivo

O objectivo da revisão é mapear e analisar a evidência científica existente sobre a avaliação da disfagia com método não invasivo (eGUSS) e sobre a prevenção da pneumonia de aspiração na pessoa em situação de AVC em fase aguda em contexto hospitalar para dar resposta à pergunta seguinte:

- Qual o impacto da avaliação da disfagia com a aplicação da eGUSS na prevenção da pneumonia de aspiração na pessoa com AVC em fase aguda, em contexto hospitalar?

Critérios de inclusão (apêndice I)

Tipo de Participantes

Esta revisão sistemática considera todos os estudos que abordam a avaliação da disfagia com a eGUSS e a prevenção da pneumonia de aspiração na pessoa com AVC em fase aguda, com idade > 18 anos.

Conceito

A revisão scoping considera todos os estudos que avaliam a disfagia, com a aplicação da escala de GUSS e, o impacto dessa intervenção na prevenção da pneumonia de aspiração no doente com AVC em fase aguda.

Contexto

Esta revisão considera todos os estudos sobre a avaliação da disfagia com eGUSS e sobre a prevenção da pneumonia de aspiração na pessoa com AVC isquémico em fase aguda, em contexto hospitalar.

Tipo de fontes

A scoping considera todos os estudos quantitativos, qualitativos e revisões sistemáticas de literatura.

Estratégia de Pesquisa

A estratégia de pesquisa teve como objectivo encontrar estudos publicados e estudos não publicados e realizou-se em três etapas. Inicialmente foi efectuada uma pesquisa na PubMed em linguagem natural, utilizando as palavras do título do trabalho. Num segundo tempo, foram utilizadas todas as palavras-chave e termos indexados nas bases de dados CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Science Direct, individualmente e posteriormente utilizando os termos booleanos “AND” e “OR”. A terceira pesquisa constou de referências bibliográficas de estudos identificados, estudos não publicados e literatura cinzenta para estudos adicionais. Foram incluídos nesta pesquisa os estudos em língua portuguesa, espanhola e inglesa desde de 2006, data em que foi validada e publicada internacionalmente a escala de GUSS, até ao ano de 2018. Seguidamente, os artigos pesquisados foram então avaliados quanto à sua relevância para a revisão, com base nas informações no título e resumo. Todos os estudos que atenderam aos critérios de inclusão da revisão foram recolhidos em texto completo. Foi elaborada uma tabela de extracção de dados dos artigos seleccionados.

Extração dos resultados

Foi desenvolvida uma tabela para extracção de dados (apêndice II).

Resultados

Depois de removidos os artigos em duplicado, foram identificados 40 artigos para a selecção do estudo. Preencheram os critérios de inclusão com base no título e no resumo 23 artigos que foram analisados em texto completo. Destes, foram excluídos 16, sendo que 13 apresentaram relevância conceptual mas não avaliavam a intervenção, 2 apresentavam um contexto diferente do pretendido e 1 sem relevância científica. A pesquisa teve como resultado 7 estudos que preencheram os critérios de inclusão.

Países de publicação

Os estudos foram publicados em 5 países diferentes: 3 na Áustria, 1 no Reino Unido (realizado na Alemanha e Coreia), 1 na Suíça, 1 na Dinamarca e 1 em Portugal.

Desenho dos estudos

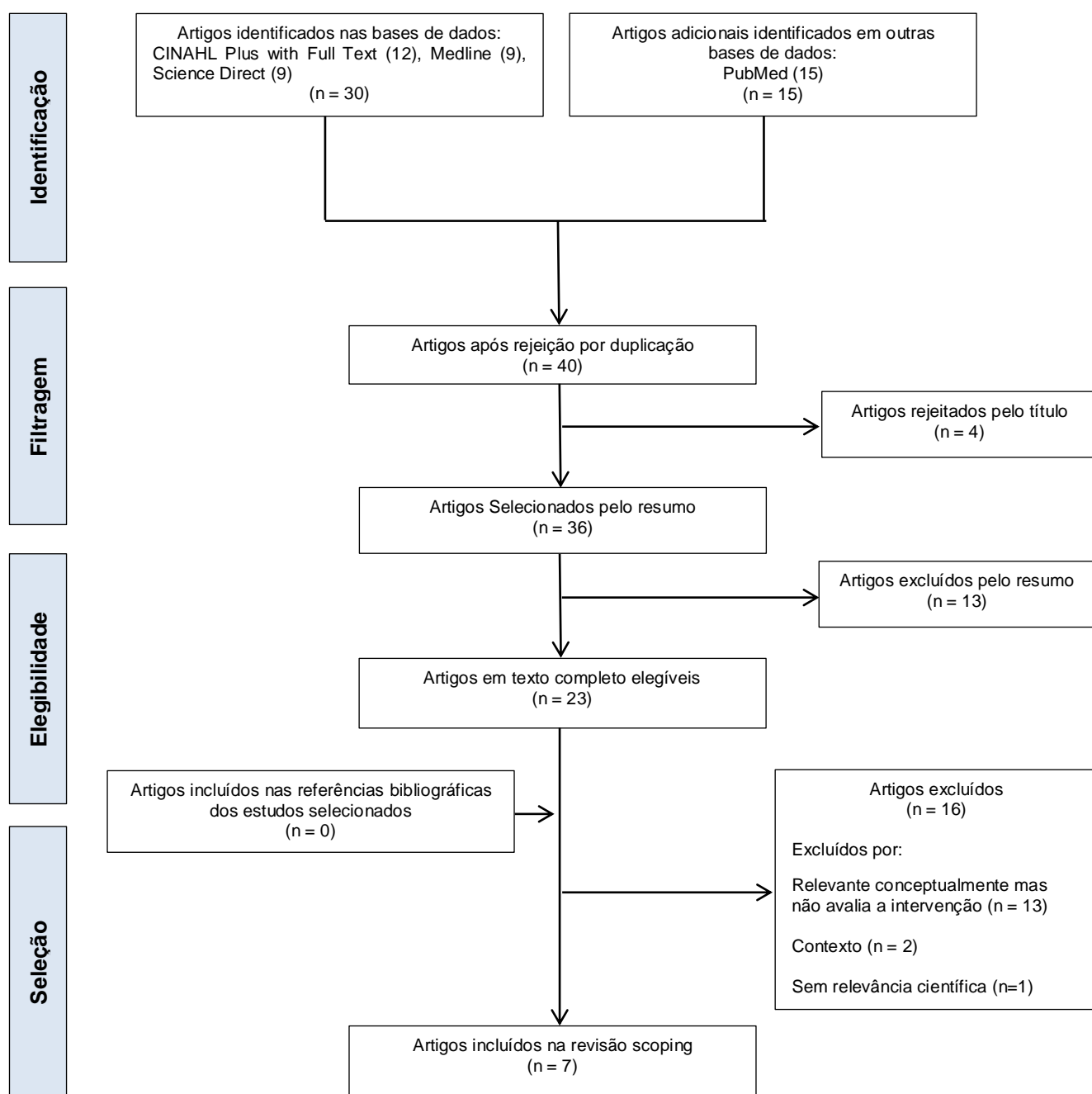
Os sete estudos utilizaram um desenho quantitativo e quanto ao procedimento, 4 são retrospectivos e 3 são prospetivos. Um dos estudos trata ainda a tradução e adaptação da escala GUSS para o contexto português, em indivíduos em fase aguda da doença e, a avaliação das suas propriedades psicométricas (apêndice II).

Ano de publicação

Os estudos incluídos foram publicados entre o ano de 2006 e 2018. A tabela (apêndice II) indica o ano relativo a cada estudo incluído.

Intervenção Avaliação da Disfagia e Prevenção da Pneumonia de Aspiração

Os 7 estudos avaliaram a disfagia e o risco de aspiração. Destes, 4 avaliam a incidência de pneumonia de aspiração associada à avaliação da disfagia com a eGUSS.



Adaptado de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. *PLoS Med* 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

Figura 1: Fluxograma PRISMA do processo de seleção do estudo

Discussão

Relativamente aos estudos de validação da escala de GUSS, a versão portuguesa de Ferreira et al,¹³ demonstrou propriedades psicométricas excelentes, podendo ser aplicada a utentes em fase aguda da doença. A escala apresentou consistência interna avaliada através do alfa de Cronbach de 0,80 na fase direta e de 0,82 na fase indireta. A concordância interobservadores variou entre $\kappa=0,818$ e $\kappa=0,905$. A sensibilidade foi de 100% e especificidade de 43% e 56% (para ponto corte 13,50 e 4,50), que se encontram de acordo com o estudo de Warnecke et al,¹⁵ que revelou 96,5% de sensibilidade e 55,8% de especificidade. Trapl et al.⁴ encontraram também valores semelhantes a estes.

Warnecke¹⁵ refere como consequência do nível global modesto de especificidade, a eGUSS recomenda desnecessariamente 45 pacientes para NPO (Nada Por via Oral). Essa recomendação foi mais evidente em utentes com um NIHSS ≥ 15 do que em utentes com acidente vascular cerebral de baixa gravidade (NIHSS ≤ 3). Este fato pode ser explicado em parte pela dificuldade na conclusão da primeira seção da eGUSS, em que alguns utentes com altas pontuações de NIHSS não reúnem as competências necessárias para a sua execução, por exemplo no item “testar a voz”, em utentes com afasia global. Esta incapacidade levou à interrupção antecipada da eGUSS e alocação incorreta ao score NPO.

Ainda assim, Trapl et al⁴ defendem que a GUSS é um dos instrumentos mais eficientes na deteção e avaliação do grau de severidade da disfagia em utentes pós acidente vascular cerebral (AVC), porque além de permitir identificar a capacidade de ingestão oral, possibilita a alteração da alimentação diária do utente e a monitorização da sua evolução ao longo do tempo. Teuschl et al,¹⁶ reforça esta afirmação quando no seu estudo sobre a introdução das modificações da dieta de acordo com as recomendações da eGUSS, apenas 5% dos indivíduos com disfagia após AVC desenvolveram pneumonia de aspiração, em comparação com duas meta-análises recentes em que as taxas globais de pneumonia pós AVC são de 10% e 14%.

Palli et al,⁶ conclui que a avaliação da disfagia 24h por semana, comparando com a avaliação efectuada apenas no horário de 7h por dia de segunda a sexta-feira, diminui o tempo de triagem da disfagia (mediana 7h(1-69) vs 20h (1-183) $p=0,001$); diminui a incidência de pneumonia (3,8% vs 11,6%, $p=0,004$); diminui o tempo de internamento (mediana 8(2-40) vs 9 (1-61) $p=0,033$) e diminui a mortalidade hospitalar (1,1% vs 6,1%, $p=0,012$).

Sørensen et al,¹² Arnold et al,¹⁷ e Teusch et al,¹⁶ identificam a entubação nasogastrica (ENG) como fator preditor de infecções respiratórias, verificando-se um aumento da

incidência de pneumonia de aspiração nos indivíduos com recomendação eGUSS para NPO. No estudo de Teusch et al,¹⁶ 60% dos utentes que desenvolveram SAP (pneumonia associada a aspiração), tinham indicação para NPO.

Os diferentes estudos são unânimes em concluir que a deteção precoce da disfagia promove estratégias profiláticas da aspiração, contribuindo para a redução do índice de pneumonia.

Limitações da revisão scoping

Uma limitação desta revisão scoping foi o fato de que apenas foram incluídos os estudos publicados em inglês, português e Espanhol. Eventualmente poderia ter sido importante incluir artigos publicados em outras línguas. Também a escassez de produção científica relacionada com esta temática a nível internacional, dificultou a comparação dos dados com outras realidades.

Conclusões

Desta revisão e tendo em conta os critérios de inclusão, resultaram 7 artigos de desenho quantitativo, dos quais, 3 tratam a validação das propriedades psicométricas da escala de GUSS (Gugging Swallowing Screen) e 4 apresentam a eficácia da sua aplicação e o impacto nos outcomes dos indivíduos aos quais foi aplicada. Todos os estudos foram realizados em contexto hospitalar, com utentes em fase aguda da doença, sendo que, o estudo realizado em Portugal incluiu todos os utentes admitidos num serviço de medicina, com o objectivo de validar as propriedades psicométricas da eGUSS para as diferentes patologias médicas em fase aguda, além do AVC.

Os 7 estudos defendem que a eGUSS é um dos instrumentos mais eficientes na deteção e avaliação do grau de severidade da disfagia em utentes pós acidente vascular cerebral (AVC), porque além de permitir identificar a capacidade de ingestão oral, possibilita a alteração da alimentação diária do utente e a monitorização da sua evolução ao longo do tempo.

Os diferentes estudos são unânimes em concluir que a deteção precoce da disfagia promove estratégias profiláticas da aspiração, contribuindo para a redução do índice de pneumonia.

Referências

1. Donovan, Neila J., et al (2012) - Dysphagia screening: state of the art: invitational conference proceeding from the State-of-the-Art Nursing Symposium. *International Stroke Conference*. Acedido em 29-03-2018. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/content/44/4/e24.full>
2. Jauch, Edward C. et al (2013) – Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke – A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/ American Stroke Association. Acedido em 25-03-2018. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/content/44/3/870>
3. Bijani, B. et al (2014) - The impact of pneumonia on hospital stay among patients hospitalized for acute stroke. *Journal of Neurosciene Nursing*, 19 (2):118-23. Acedido em 29-03-2018. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/48bb/97f1a84fffd87a3cb4b9b3b37a927a349a5d.pdf>
4. Trapl, Michaela et al (2007). Dysphagia Bedside Screening for acute-stroke patients: the gugging swallowing screen. *Journal of the American Heart Associations*. 38, pp.2948-2952. Acedido em 24-03-2018. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/content/strokeaha/38/11/2948.full.pdf>
5. López, Liria R. et al (2014) – Tratamiento y rehabilitación de la disfagia tras enfermedad cerebrovascular. *Rev Neurol*. 58(6): 259-267.
6. Palli, C. et al (2017). Early Dysphagia Screening by Trained Nurses Reduces Pneumonia Rate in Stroke Patients: A Clinical Intervention Study. *American Heart Association*. Set., 1-3. DOI: 10.1161/STROKEAHA.117.018157. Acedido em 12 maio 2018. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org>
7. Wl, Titsworth et al (2013). Prospective quality initiative to maximize dysphagia screening reduces hospital-acquired pneumonia prevalence in patients with stroke. *Stroke AHA*. 44(11), pp.3154-60. Acedido em 27-03-2018. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/0897/6cecea2fb912b426aac100d1e81852485982.pdf>
8. Yeh, Shin-Joe et al (2011). Dysphagia screening decreases pneumonia in acute stroke patients admitted to the stroke intensive care unit. *Journal of the Neurological Sciences*. 306, Issues 1-2, pp. 38–41. Acedido em 29-03-2018. Disponível em: [http://www.jns-journal.com/article/S0022-510X\(11\)00182-1/abstract?cc=y](http://www.jns-journal.com/article/S0022-510X(11)00182-1/abstract?cc=y)
9. Gandolfi, M.; Smania, N.; Bisoffi, G.; Squaquara, T.; Zuccher, P.; Mazzucco, S. (2014). Improving Post-Stroke Dysphagia Outcomes Through a Standardized and Multidisciplinary Protocol: An Exploratory Cohort Study. Acedido em 12 maio 2018. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25115857>

10. Wiedmann, S.; Hillmann, S.; Abilleira, S.; Dennis, M.; Hermanek, P.; Niewada, M. et al. (2015). Variations in Acute Hospital Stroke Care and Factors Influencing Adherence to Quality Indicators in 6 European Audits. *Stroke*. 46, pp.579-581. Acedido em 14 de abril de 2018. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/content/46/2/579.abstract>.
11. Turner, M.; Barber, M.; Dodds, H.; Murphy, D.; Dennis, M.; Langhorne, P. et al. (2015). Implementing a Simple Care Bundle Is Associated With Improved Outcomes in a National Cohort of Patients With Ischemic Stroke. *American Heart Association*. Acedido em 12 de abril de 2018. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/search?author1=Peter+Langhorne&sortspec=date&submit=Submit>
12. Sorensen, Rikke Terp et al (2013) - Dysphagia Screening and Intensified Oral Hygiene Reduce Pneumonia after stroke. *Journal of Neuroscience Nursing*, 45- Issue 3, pag Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Baldini Soares C, Khalil H, Parker D. Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute, 2017. Available from <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
13. Ferreira, A.; Pierdevara. L.; Ventura, I.M.; Gracias, A. M.; Marques, J. M.; Reis, M. G. (2018). Gugging Swallowing Screen: contributo para a validação cultural e linguística para o contexto português. *Revista de Enfermagem Referência*. IV Série - n.º 16; 85 – 94. Acedido em 04/06/2018. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV17090>
14. Peters MDJ.; Godfrey C.; McInerney P.; Baldini Soares C.; Khalil H.; Parker D. (2017). Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute. Acedido em 3 de Junho 2018, Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
15. Warnecke, T.; Im S.; Kaiser C.; Hamacher, C.; Oelenberg, S.; Dziewas, R. (2017). Aspiration and dysphagia screening in acute stroke – the Gugging Swallowing Screen revisited. *European Journal of Neurology*. 0, pp. 1–8 doi:10.1111/ene.13251
16. Teuschl, Y.; Trapl, M.; Ratajczak, P.; Matz, K.; Dachenhausen, A.; Brainin, M. (2018). Systematic dysphagia screening and dietary modifications to reduce stroke-associated pneumonia rates in a stroke-unit. *PLOS ONE* | <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192142>
17. Arnold M.; Liesirova K.; Broeg-Morvay A.; Meisterernst J.; Schlager M.; Mono Marie-Luise et al. (2016). Dysphagia in Acute Stroke: Incidence, Burden and Impact on Clinical Outcome. *PLOS ONE* | DOI:10.1371/journal.pone.0148424

Apêndice I - CRITÉRIO PARA A FORMULAÇÃO DA QUESTÃO PCC

Pergunta da Revisão:

- Qual o impacto da avaliação da disfagia com a aplicação da eGUSS na prevenção da pneumonia de aspiração da na pessoa com AVC em fase aguda, em contexto hospitalar?

Critério para a Formulação da Questão PCC

			Palavras-Chave
P	População	Pessoa com alteração da deglutição (disfagia) na situação de AVC em fase aguda	«Stroke Patients» «Deglutition Disorders» «Mass Screening »/ «Screening Tool»/ «Gugging Swallowing Screen» «Aspiration Pneumonia»/ «Pneumonia Aspiration» «Hospital»
C	Conceito	Avaliação da disfagia com eGUSS/Prevenção Pneumonia de Aspiração	
C	Contexto	Hospital	

A revisão scoping seguiu a orientação do modelo PCC e foi realizada através de pesquisa nas bases de dados CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Science Direct e PubMed. Foram utilizadas as palavras-chave: Stroke Patients; Deglutition Disorders; Mass Screening/ Screening Tool/Gugging Swallowing Screen; Aspiration Pneumonia/ Pneumonia Aspiration; Hospital.

Nesta revisão sistemática foram considerados todos os estudos quantitativos, qualitativos e revisões sistemáticas de literatura nos quais se encontram incluídos os critérios da questão PCC.

Apêndice II - TABELA DE EXTRAÇÃO DE DADOS

Autor (es) Ano de publicação País	Título	Objetivos	Desenho do estudo	População em Estudo/ Tamanho da Amostra/ Participantes	Contexto	Conceito (s) Relevantes da revisão/ Instrumento (s)	Principais resultados
(Trapl M.; Enderle, P.; Nowotny M.; Teuschl Y.; Matz, K.; Dachenhausen, A.; Brainin, M. 2007) Austria 1	Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients - the Gugging Swallowing Screen	Validar uma escala de avaliação da deglutição na pessoa com AVC que seja rápida, confiável e de fácil aplicação à cabeceira do doente	Estudo quantitativo, Transversal e prospectivo, validação de eGUSS comprovada por avaliação endoscópica (FEES); eGUSS aplicada por 2 terapeutas da fala independentes e validado externamente por enfermeiros especialistas em reabilitação	50 utentes com AVC: - 1 Grupo de 20 utentes com duas avaliações independentes dentro de um período de 2 horas - 1 Grupo de 30 utentes avaliados por enfermeiros especialistas em reabilitação	Unidade de AVC - hospital	-AVC em fase aguda; -Escala de avaliação; - Gugging Swallowing Screen (GUSS) - Disfagia; - Outcomes	-Confiabilidade reuniu uma excelente concordância entre os dois avaliadores independentes: ($\kappa = 0.835$, $P < 0.001$): - Índice de concordância entre os dois grupos relativamente ao risco de aspiração: 95%; - No valor de corte 14 (eGUSS) reuniu 100% de sensibilidade nos dois grupos e especificidade de 50% no 1º grupo e 69% no 2º grupo, comparando com a avaliação FEES; -A validação de conteúdo (pelo FEES) demonstra um risco de aspiração significativamente maior com líquidos ($P < 0,001$) em comparação com texturas semi-sólidas, confirmando a sequência do teste eGUSS.
(T. Warnecke, S. Im., C. Kaiser, C. Hamacher, S. Oelenberg and R. Dziewas, 2017) (Alemanha e Coreia) Publ. Reino Unido 2	Aspiration and dysphagia screening in acute stroke – the Gugging Swallowing Screen revisited	Replicar o estudo de validação da eGUSS numa população de maior número, com AVC de maior gravidade ($\text{NIHSS} \geq 15$) e num hospital diferente	Estudo quantitativo, prospectivo, transversal, duplo-cego, validando a eGUSS com a técnica FEES (Fiberoptic Evaluation of Swallowing scale)	100 utentes com AVC com admissão nas primeiras 24h e com $\text{NIHSS} \geq 3$ e um segundo grupo (principal do estudo) com $\text{NIHSS} \geq 15$	Hospital	-AVC em fase aguda; -Escala de avaliação; - Gugging Swallowing Screen (GUSS) - Disfagia; - Outcomes	- eGUSS - excelente eficácia na detecção do risco de aspiração em utentes com AVC: -sensibilidade de 96,5%, -especificidade de 88% - AVC leve, - especificidade de 55,8% em utentes com $\text{NIHSS} \geq 15$; -eGUSS: sensibilidade de 100% em todos os utentes com $\text{NIHSS} > 4$, incluindo utentes muito graves, Sensibilidade 71% nos utentes com $\text{NIHSS} < 4$ (percentagem mais baixa, provavelmente pelo nº reduzido de

Apêndice II - TABELA DE EXTRAÇÃO DE DADOS

							<p>utentes com NIHSS <4);</p> <p>- Sobrevaloriza a ENG –pode ser explicado por falha na primeira parte (teste indirecto);</p> <p>- Utentes com NIHSS ≥ 15 poderão beneficiar de uma avaliação instrumental (ex: FEES) nas 1^{as} 72h, embora dificilmente possam surgir alterações nas recomendações da dieta;</p> <p>- É a primeira vez que um estudo de validação de um teste de avaliação da deglutição é replicado por um hospital independente do estudo original.</p>
<p>(Arnold M.; Liesirova K.; Broeg-Morvay A.; Meisterernst J.; Schlager M.; Mono Marie-Luise; El-Koussy M.; Kägi G.; Jung S.; Sarikaya H., 2016)</p> <p>Suíça</p> <p>3</p>	<p>Dysphagia in Acute Stroke: Incidence, Burden and Impact on Clinical Outcome</p>	<p>- Avaliar a incidência de disfagia, pós-AVC isquémico e comparar com os resultados ao fim de 3 meses, relativamente a: índice de mortalidade e desfecho favorável (escala de Rankin modificada mRS 0-1)</p>	<p>Estudo quantitativo, retrospectivo, de coorte e comparativo</p>	<p>570 utentes com AVC isquémico admitidos numa unidade de AVC durante pelo menos 24h e seguidos nos 3 meses posteriores</p>	<p>Hospital</p>	<p>- Avaliação da disfagia em utentes com AVC;</p> <p>- Gugging Swallowing Screen (GUSS)</p> <p>- Incidência da disfagia pós AVC;</p> <p>- Impacto da disfagia nos resultados clínicos pós AVC</p>	<p>- Disfagia presente em 20,7% dos utentes avaliados;</p> <p>- Destes, 50,9% mantinham disfagia no momento da alta clínica, 30,5% com SNG;</p> <p>- 23% sofreram pneumonia (vs 1,1% dos utentes sem disfagia);</p> <p>- 19,5% tiveram alta para casa (vs 63,7% dos utentes sem disfagia).</p> <p>Aos 3 meses:</p> <p>- 35,7% utentes com disfagia tiveram outcomes favoráveis (vs 69,7% utentes sem disfagia),</p> <p>- 38,8% utentes com disfagia regressaram a casa (vs 76,5% utentes sem disfagia),</p> <p>- 13,6% utentes com disfagia morreram (vs 1,6% utentes sem disfagia),</p> <p>- A disfagia foi identificada como um fator preditor de dependência e</p>

Apêndice II - TABELA DE EXTRAÇÃO DE DADOS

							institucionalização nos primeiros três meses pós AVC, - A disfagia grave com necessidade de SNG foi associada ao aumento significativo da mortalidade.
<p>(Palli, C.; Fandler, S.; Doppelhofer, K.; Niederkorn, K.; Enzinger, C.; Vetta, C.; Trampusch E.; Schmidt, R.; Fazekas, F.; Gattringer, T., 2017)</p> <p>Austria</p> <p>4</p>	<p>Early Dysphagia Screening by Trained Nurses Reduces Pneumonia Rate in Stroke Patients, A Clinical Intervention Study</p>	<p>Testar a eficácia da avaliação da disfagia 24h por semana vs horário habitual dos terapeutas da fala, (de segunda a sexta)</p>	<p>Estudo quantitativo, “de intervenção clínica”</p>	<p>384 utentes com AVC constituindo 2 grupos diferentes:</p> <p>- 198 utentes pré-intervenção- Grupo controlo; - 186 utentes pós intervenção- Grupo de intervenção.</p>	<p>Hospital</p>	<p>- Alterações da deglutição; -Enfermagem; - Pneumonia - Acidente Vascular Cerebral; - Gugging Swallowing Screen (GUSS)</p>	<p>- A avaliação da disfagia 24h, por semana comparando com a avaliação efectuada apenas no horário normal de segunda a sexta-feira: - diminui o tempo de triagem da disfagia (mediana 7h(1-69) vs 20h (1-183) $p=0,001$); - diminui a incidência de pneumonia (3,8% vs 11,6%, $p=0,004$); - diminui o tempo de internamento (mediana 8(2-40) vs 9 (1-61) $p=0,033$); - diminui a mortalidade hospitalar (1,1% vs 6,1%, $p=0,012$).</p> <p>A detecção precoce da disfagia promove estratégias profiláticas da aspiração, contribuindo para a redução do índice de pneumonia.</p>
<p>(Teuschl, Y.; Trapl, M.; Ratajczak, P.; Matz, K.; Dachenhausen, A.; Brainin, M., 2018)</p> <p>Austria</p> <p>5</p>	<p>Systematic dysphagia screening and dietary modifications to reduce stroke-associated pneumonia rates in a stroke-unit</p>	<p>Avaliar de forma sistemática a disfagia em utentes com AVC e introduzir dieta adequada para reduzir o índice de pneumonia associada ao AVC</p>	<p>Estudo retrospectivo</p>	<p>1394 utentes com AVC dos quais 993 foi aplicada a eGUSS para avaliar a disfagia</p>	<p>Unidade de AVC Hospital</p>	<p>- Alterações da deglutição; -Enfermagem; - Pneumonia associada ao AVC; - Acidente Vascular Cerebral; - dieta modificada; -Gugging Swallowing Screen (GUSS).</p>	<p>Dos 1394 utentes com AVC:</p> <p>- 993 (72,2%) foram avaliados com eGUSS; - dos restantes 401 utentes, 339 não foram avaliados por motivos diversos (transferência de hospital, morte, entre outros) e 32 foram transferidos para centros de terapia da fala por outros distúrbios da deglutição e 30 foram avaliados pela 1ª vez 7 dias após</p>

Apêndice II - TABELA DE EXTRAÇÃO DE DADOS

							<p>a admissão;</p> <p>- 389 (39,2%) utentes sem disfagia na 1ª avaliação, - 126 (12,7%) disfagia ligeira, - 232 (23,4%) disfagia moderada, - 246 (24,8%) disfagia severa</p> <p>Pneumonia associada ao AVC: - dos 1394, 102 desenvolveram pneumonia, - destes, 72 (4,8%) foram classificados como pneumonia associada ao AVC (SAP), 22/401 (5,5%) em utentes sem avaliação com eGUSS e 50/993 (5,0%) em utentes com avaliação eGUSS,</p> <p>- Relação score eGUSS e incidência de SAP: 2,4% utentes com disfagia ligeira (3/126), 5,2% utentes com disfagia moderada (12/232), 13% utentes com disfagia grave (32/246)</p> <p>- A dieta foi introduzida de acordo com o score eGUSS</p> <p>- dos utentes avaliados com eGUSS, 30 dos 50 (60%) utentes que desenvolveram SAP tinham indicação para NPO</p> <p>Algumas notas:</p> <p>Neste estudo, 5,2% dos utentes desenvolveram SAP em comparação com duas meta- análises recentes em que as taxas globais de pneumonia pós AVC são de 10% e 14%. Esta taxa é relativamente baixa e</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

Apêndice II - TABELA DE EXTRAÇÃO DE DADOS

							<p>sugere que as modificações dietéticas recomendadas pelo GUSS podem ser bem sucedidas na prevenção da SAP. No entanto, há grande variabilidade nos números relatados de pneumonia, dependendo da população, do desenho do estudo e dos critérios de diagnóstico. A ENG foi considerada fator preditor para infecções respiratórias. Ocorreu infecção respiratória em 37% dos pacientes com sonda nasogástrica, em comparação com 5% sem SNG. Da mesma forma, neste estudo, 15% dos pacientes com sonda nasogástrica desenvolveram SAP em comparação com 4% sem SNG. Tem sido sugerido que a sonda nasogástrica pode reduzir o risco de aspiração durante a alimentação mas pode também aumentar o risco de infecções respiratórias, devido a uma maior carga bacteriana da saliva. Outros factores adicionais, tais como o tempo de permanência da sonda nasogástrica, a higiene oral ou o uso de antibióticos pode ajudar a diminuir ainda mais a taxa de SAP.</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

Apêndice II - TABELA DE EXTRAÇÃO DE DADOS

<p>(Sørensen, R. T.; Rasmussen, R. S.; Overgaard, K.; Lerche, A.; Johansen, A. M.; Lindhardt, T, 2013)</p> <p>Dinamarca</p> <p>6</p>	<p>Dysphagia Screening and Intensified Oral Hygiene Reduce Pneumonia After Stroke</p>	<p>Investigar se a incidência de pneumonia de aspiração em utentes com AVC pode ser reduzida através do rastreio precoce de disfagia e intensificação da higiene oral.</p>	<p>Estudo retrospectivo</p>	<p>146 utentes consecutivos com AVC em fase aguda internados numa UAVC: (n=58) grupo de intervenção seleccionados prospectivamente; (n=58) grupo de controlo interno seleccionados retrospectivamente; e; (n=30) grupo de controlo externo seleccionados retrospectivamente e e pertencentes a um hospital vizinho.</p> <p>-Utentes admitidos na unidade com menos de 3 dias de hospitalização e foram diagnosticados com disfagia moderada ou grave</p>	<p>Unidade AVC</p> <p>Hospital</p>	<p>- Acidente vascular cerebral;</p> <p>- Pneumonia de aspiração associada ao AVC;</p> <p>- Avaliação da disfagia;</p> <p>- Higiene oral;</p> <p>- Reabilitação.</p>	<p>- 7% utentes com diagnóstico de pneumonia (através de RX Torax) no grupo de intervenção (4xs menos) vs 28% no gr. de controlo interno, 27% no gr. De controlo externo;</p> <p>- A alimentação por SNG foi associada ao aumento da incidência de pneumonia;</p> <p>- Verificou-se uma redução significativa da incidência de pneumonia no grupo que foi avaliado sistematicamente com eGUSS e intensificada a higiene oral comparativamente aos dois grupos de controlo.</p>
<p>(Ferreira, A. M. S.; Pierdevara, L.; Ventura, I. M.; Gracias, A. M. B.; Marques, J. M. F.; Reis, M. G. M., 2018)</p> <p>Portugal</p> <p>7</p>	<p>The Gugging Swallowing Screen: A contribution to the cultural and linguistic validation for the Portuguese context</p>	<p>Traduzir e adaptar para o contexto português a escala GUSS em doentes agudos e avaliar as suas propriedades psicométricas</p>	<p>1ª Fase: Abordagem metodológica de tradução e avaliação das propriedades psicométricas da eGUSS;</p> <p>2ª Fase: Estudo quantitativo, observacional e transversal</p>	<p>174 utentes quadro de doença aguda</p>	<p>Hospital</p>	<p>- Deglutição;</p> <p>- Disfagia;</p> <p>- Avaliação não-invasiva;</p> <p>- Enfermagem;</p> <p>- Escala GUSS</p>	<p>A escala de GUSS apresentou:</p> <p>- 0,80 consistência interna na fase direta,</p> <p>- 0,82 consistência interna na fase indirecta;</p> <p>- Concordância interobservadores variou entre 0,818 e 0,905;</p> <p>- 100% sensibilidade, - 43% e 56% especificidade (para ponto de corte 13,50 e 4,50).</p> <p>- A GUSS versão portuguesa demonstrou propriedades psicométricas excelentes, podendo ser aplicada a doentes em fase aguda da doença.</p>

**Apêndice III - Pedido de autorização ao Conselho de Administração do CHLO, EPE
para a realização do estudo**

À Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Assunto: Pedido de autorização para a realização de colheita de dados de registo, relativos à avaliação da deglutição com a aplicação da escala de GUSS (Gugging Swallowing Screen) na Unidade de AVC, serviço de Medicina IV do Hospital de S. Francisco Xavier.

Eu, Dulce Maria Santos Carreiro Gonçalves, com o número mecanográfico 62550, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, a exercer funções no serviço de Medicina IV do Hospital de S. Francisco Xavier, estando a frequentar o Curso de Mestrado em Gestão de Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pretendo no âmbito do plano curricular do curso, realizar uma dissertação sob a orientação da Doutora Maria Teresa Santos Potra, Professora e Regente do curso referido.

A dissertação intitula-se: **“Gestão do risco clínico e efetividade na prevenção da pneumonia de aspiração”** e tem como objetivo geral identificar o impacto da avaliação da disfagia na pessoa com AVC em fase aguda, na prevenção da pneumonia de aspiração.

Como objetivos específicos pretende:

- Avaliar o grau de severidade de disfagia/risco de aspiração na pessoa com AVC em fase aguda numa unidade de AVC;
- Avaliar a efetividade da intervenção de enfermagem (avaliação da disfagia), no âmbito da prevenção da pneumonia de aspiração na pessoa com AVC em fase aguda.

A avaliação da disfagia através da escala de GUSS é já um procedimento protocolado na UAVC do serviço de Medicina IV, pelo que, a investigação incidirá na recolha de registos efetuados nos processos dos utentes avaliados pelos enfermeiros do serviço. Trata-se de um estudo quantitativo e retrospectivo.

Assim, venho por este meio solicitar a V. Exas. autorização para a realização do estudo que promove a continuidade da aplicação da escala de GUSS, já implementada na UAVC e que procura obter os resultados relativos à sua efetividade na prevenção da pneumonia de aspiração.

Envio em anexo um exemplar do projeto.

Estou disponível para esclarecimento de qualquer dúvida ou eventual sugestão. Agradeço desde já a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos.

Pede Deferimento

Lisboa, 15 de Outubro de 2018

A estudante

Dulce Maria Santos Carreiro Gonçalves

Dulce Maria Santos Carreiro Gonçalves

À Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Titulo

Gestão do risco clínico e efetividade na prevenção da pneumonia de aspiração.

Investigadora Principal: Dulce Maria Santos Carreiro Gonçalves nº 8425
(apêndice I)

Email: dulce.carreiro@sapo.pt

Curso: Mestrado em Gestão de Enfermagem

Responsável académico - Orientadora: Professora Doutora Teresa Maria Potra, Professora Doutora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
(anexo II)

Email: tsantos@esel.pt

Local para o desenvolvimento do projeto

Este projeto pretende ser desenvolvido na UAVC, serviço de Medicina IV do Hospital S. Francisco Xavier – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

2 - FUNDAMENTAÇÃO E PERTINÊNCIA DO ESTUDO

A prestação de cuidados de saúde, pela sua complexidade e pelas atividades que desenvolve, tem associado um grau de risco ponderável, que requer dos profissionais uma intervenção atenta e continua para assegurar ao utente a maior segurança possível.

A Ordem dos Enfermeiros, no documento de tomada de decisão sobre a segurança do doente (2006), afirma que *“a responsabilidade do enfermeiro associa a capacidade de responder pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega, e o sentido projetivo, por antecipação, acautelando no*

sentido de prevenir prejuízos futuros, num duplo imperativo de proteger a pessoa e garantir a excelência do exercício.”

O Acidente Vascular Cerebral é a principal causa de morte em Portugal e uma das principais causas de incapacidade nos indivíduos. É por isso fácil pressupor que esta patologia é responsável pelo enorme acréscimo de custos financeiros - diretos e indiretos, custos estes, que as entidades de saúde e cidadãos em geral têm de suportar.

Além destes e não menos importantes no contexto da prestação dos cuidados de saúde, não nos podemos esquecer das enormes implicações na qualidade de vida dos cidadãos afetados por esta patologia.

A prevalência da disfagia na pessoa acometida por AVC tem uma enorme relevância, estando presente em 42% a 67% dos doentes nos primeiros 3 dias. Destes 50% aspiram e um terço dos que aspiram desenvolve pneumonia que requer tratamento (Donovan, et al, 2012). Em consequência, a pneumonia nos doentes com AVC é responsável pelo aumento do tempo de internamento, mortalidade e aumento dos custos hospitalares (Jauch, et al, 2013; Bijani, et al, 2014).

A necessidade urgente de uma nova abordagem ao utente com disfagia pós AVC é hoje indiscutível, dado que existem múltiplos estudos que comprovam que a aplicação de um protocolo formal de avaliação da disfagia reduz a incidência de pneumonias de aspiração em pacientes hospitalizados (Jauch, et al, 2013; WL, et al, 2013; Yeh, et al, 2011), reduz o tempo de internamento e os custos globais nos cuidados aos doentes (Gandolfi, 2014; Palli, 2017).

O quadro de competências do enfermeiro gestor (OE, 2014), refere no ponto A2.2. a importância da gestão do risco clínico. Concretiza-o, entre outros, na promoção de ambientes seguros, identificando e gerindo os riscos, bem como na introdução de medidas corretivas. A avaliação da disfagia na pessoa com AVC, antes de lhe ser administrada medicação PO e/ou alimentação, permite identificar a presença de alteração da deglutição, indicando o grau de severidade da mesma e remetendo para a introdução de medidas adequadas. Trata-se de uma intervenção autónoma de enfermagem, na qual o enfermeiro é

responsável por garantir a qualidade e a segurança do utente, contribuindo para a efetividade dos ganhos em saúde.

A qualidade é uma componente estratégica e fundamental na prestação de cuidados de saúde, qualquer que seja o desenvolvimento económico do País ou o tipo de sistema de saúde. De acordo com o Despacho n.º 5613/2015 (p. 13551), a qualidade e segurança “são uma obrigação ética porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados”.

Neste contexto, também as intervenções de enfermagem carecem ser alvo de avaliação, considerando-se imperiosa a definição de indicadores sensíveis a essas intervenções.

Os resultados da prestação de cuidados de enfermagem são um componente essencial da avaliação da qualidade e efetividade desses cuidados. Citando Ferreira e Amendoeira (2015), “a excelência dos cuidados só se torna possível se se apostar na qualidade dos mesmos, tornando-se necessária a sua respetiva avaliação”.

Tendo como ponto de partida o que se sabe sobre o AVC, as suas múltiplas manifestações e possíveis intervenções clínicas, emerge necessariamente um sentido de responsabilidade ético e deontológico por parte dos profissionais de saúde que não é compatível com a anuência dos mesmos perante a continuidade de eventuais práticas clínicas desadequadas. A responsabilidade dos profissionais de saúde, assim como de todos os elementos responsáveis pela organização, é na atualidade muito elevada obrigando a que todos os atores intervenientes exijam intervenções clínicas suportadas exclusivamente pela prática baseada na evidência.

A equipa de enfermagem do serviço de Medicina IV do Hospital S. Francisco Xavier desenvolveu em 2014/2015, um projeto para avaliação da disfagia, iniciado na UAVC e posteriormente alargado a todos os utentes do serviço, procurando minimizar as consequências desta patologia entre as quais, o risco de aspiração. Na sequência deste trabalho foi implementada a

escala de GUSS (Gugging Swallowing Screen) como instrumento de avaliação da disfagia/risco de aspiração (Trapl et al, 2006; Ferreira et al, 2017).

É no sentido de procurar a evidência desta prática, que se pretende desenvolver o presente estudo, contribuindo assim para a melhoria contínua das práticas clínicas.

3 - PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS

Verificada e justificada a pertinência do tema, proponho para vossa avaliação este projeto que, acredito ser uma mais-valia para a melhoria das boas práticas em enfermagem.

Pergunta de investigação e objetivos

A questão orientadora do projeto é a seguinte:

- “Será que a avaliação da disfagia com a aplicação da eGUSS na pessoa com AVC em fase aguda influencia positivamente a prevenção da pneumonia de aspiração?”

Os objetivos do estudo:

Objetivo geral

- Analisar o impacto da avaliação da disfagia com a aplicação da eGUSS na pessoa com AVC em fase aguda, na prevenção da pneumonia de aspiração.

Objetivos específicos

- Avaliar o grau de severidade de disfagia/risco de aspiração na pessoa com AVC em fase aguda numa unidade de AVC com a aplicação da eGUSS;
- Avaliar as intervenções autónomas de enfermagem, face à aplicação da escala de GUSS, no âmbito da prevenção da pneumonia de aspiração na pessoa com AVC em fase aguda.

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo e retrospectivo.

População alvo

A população alvo é constituída pelos utentes com idade > 18 anos, com diagnóstico de AVC isquémico, internados na UAVC, serviço Medicina IV do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. Serão selecionadas duas amostras, cada uma correspondendo a um período de tempo de seis meses, (cerca de 100 utentes cada), em que a primeira (G0) é anterior à aplicação da eGUSS e a segunda (G1) é posterior.

Recolha de dados

A recolha de dados será efetuada pela consulta dos processos clínicos dos utentes selecionados nas duas amostras, no SAPE (SClinico-Registo Clínico). Estes dados serão “transcritos” para uma base de dados SPSS que permitirá organizar e analisar os diferentes dados recolhidos para análise.

A duração prevista do estudo é de seis meses, entre setembro de 2018 e março de 2019, sendo que o período de recolha de dados se prevê para os meses de novembro e dezembro do corrente ano.

Confidencialidade dos Dados

As informações serão estritamente confidenciais pois os resultados serão codificados e utilizados apenas neste estudo. Pretende-se a divulgação dos mesmos em publicações de cariz científico e devidamente creditadas.

Encargos

Este estudo não acarreta custos adicionais para o CHLO.

Questões ético-legais

A nova versão da Declaração de Helsínquia (WMA, 2013), vem reforçar a exigência no cumprimento dos princípios éticos subjacentes à investigação em seres humanos, abordando os riscos e benefícios, a vulnerabilidade individual e de grupos, definindo regras como a elaboração de protocolos rigorosos que garantam além do rigor científico, a privacidade e

confidencialidade, entre outros. Também a Enfermagem enquanto profissão auto-regulada, tem definidos os princípios éticos e deontológicos a cumprir no seu exercício, tanto no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE, 2009) como no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE, 2015), onde se inclui a investigação.

Neste sentido elabora-se o presente documento a ser submetido à comissão de ética deste Centro Hospitalar para a aprovação do estudo a realizar, apresentando-se ainda em apêndice, um termo de responsabilidade, no qual, como investigadora principal declaro assumir o respeito pelos princípios éticos fundamentais, incluindo a confidencialidade dos dados recolhidos.

Relativamente ao consentimento informado, o estudo não carece de documento próprio, uma vez que se trata de um estudo retrospectivo com recurso a recolha de dados de registo, de uma prática já efetuada pelo serviço.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bijani, B. et al (2014) - The impact of pneumonia on hospital stay among patients hospitalized for acute stroke. *Journal of Neuroscience Nursing*, 19 (2):118-23.

Acedido em 29-03-2018. Disponível em:

<https://pdfs.semanticscholar.org/48bb/97f1a84fffd87a3cb4b9b3b37a927a349a5d.pdf>

Código Deontológico dos Enfermeiros (2009).

<http://www.enfermagem.edu.pt/images/stories/CodigoDeontologico.pdf>

Despacho n.º 5613/2015. Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. *Diário da República*, - 2ª série, nº 102/27 de maio de 2015. p. 13550-13553. Lisboa: Ministério da Saúde.

Donovan, Neila J., et al (2012) - Dysphagia screening: state of the art: invitational conference proceeding from the State-of-the-Art Nursing Symposium. *International Stroke Conference*. Acedido em 29-03-2018. Disponível em:

<http://stroke.ahajournals.org/content/44/4/e24.full>

Ferreira, A.; Pierdevara. L.; Ventura, I.M.; Gracias, A. M.; Marques, J. M.; Reis, M. G. (2018). **Gugging Swallowing Screen: contributo para a validação cultural e linguística para o contexto português.** *Revista de Enfermagem Referência*. IV Série - n.º 16; 85 – 94. Acedido em 04/06/2018. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV17090>

Ferreira, R., & Amendoeira, J. (2015). Resultados Sensíveis em Enfermagem. Ensaio: Modelo de Avaliação da Qualidade dos Cuidados. *Revista da UIIPS*. 5 (3), pp. 396-407.

Gandolfi, M.; Smania, N.; Bisoffi, G.; Squaquara, T.; Zuccher, P.; Mazzucco, S. (2014). Improving Post-Stroke Dysphagia Outcomes Through a Standardized and Multidisciplinary Protocol: An Exploratory Cohort Study. Acedido em 12 maio 2018. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25115857>

Jauch, Edward C. et al (2013) – Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke – *A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/ American Stroke Association*. Acedido em 25-03-2018. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/content/44/3/870>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006). *Tomada de Posição sobre Segurança do Cliente*. Lisboa, Portugal.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2014). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor*. Lisboa. Portugal.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2015). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa. Portugal.

Palli, C. et al (2017). Early Dysphagia Screening by Trained Nurses Reduces Pneumonia Rate in Stroke Patients: A Clinical Intervention Study. *American Heart Association*. Set., 1-3.

DOI: 10.1161/STROKEAHA.117.018157. Acedido em 12 maio 2018. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org>

Trapl, Michaela et al (2007). Dysphagia Bedside Screening for acute-stroke patients: the gugging swallowing screen. *Journal of the American Heart Associations*. 38, pp.2948-2952. Acedido em 24-03-2018. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/content/strokeaha/38/11/2948.full.pdf>

Wl, Titsworth et al (2013). Prospective quality initiative to maximize dysphagia screening reduces hospital-acquired pneumonia prevalence in patients with stroke. *Stroke AHA*. 44(11), pp.3154-60. Acedido em 27-03-2018. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/0897/6cecea2fb912b426aac100d1e81852485982.pdf>

WMA DECLARATION OF HELSINKI, (2013). *Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Acedido em 15 de junho de 2018. Disponível em: http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2014/Fevereiro/WMA_DoH_EN.pdf

Yeh, Shin-Joe et al (2011). Dysphagia screening decreases pneumonia in acute stroke patients admitted to the stroke intensive care unit. *Journal of the Neurological Sciences*. 306, Issues 1-2, pp. 38–41. Acedido em 29-03-2018. Disponível em: [http://www.jns-journal.com/article/S0022-510X\(11\)00182-1/abstract?cc=y](http://www.jns-journal.com/article/S0022-510X(11)00182-1/abstract?cc=y)

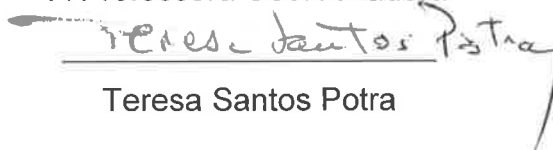
Assunto: Declaração de aceitação de orientação de dissertação para obtenção do grau de mestre da estudante Dulce Maria Santos Carreiro Gonçalves

Conforme solicitado pela estudante Dulce Maria Santos Carreiro Gonçalves do Curso de Mestrado em Enfermagem – área de especialização de gestão em enfermagem declaro que aceito ser orientadora da sua dissertação intitulada "Gestão do risco clínico e efetividade na prevenção da pneumonia de aspiração".

Com os melhores cumprimentos,

ESEL, 17 de setembro 2018

A Professora Coordenadora


Teresa Santos Potra

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Estudo: Gestão do risco clínico e efetividade na prevenção da pneumonia de aspiração

Eu, Dulce Maria Santos Carreiro Gonçalves, com o número mecanográfico 62550, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, a exercer funções no serviço de Medicina IV do Hospital de S. Francisco Xavier, estando a frequentar o Curso de Mestrado em Gestão de Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pretendo no âmbito do plano curricular do curso, realizar uma dissertação sob a orientação da Doutora Maria Teresa Santos Potra, Professora e Regente do curso referido.

Como Investigadora Principal deste estudo, comprometo-me a garantir a confidencialidade dos dados e a observar os princípios éticos da Declaração de Helsínquia (2013), da OMS e da Comunidade Europeia. Serão garantidos todos os princípios éticos mencionados naquele documento, destacando neste estudo concreto os princípios da beneficência, não-maleficência e da vulnerabilidade.

Lisboa, 15 de Outubro de 2018

Dulce Maria Santos Carreiro Gonçalves

“Gestão do risco clínico e efetividade na prevenção da pneumonia de aspiração”

À Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Exma. Sra. Presidente, da Comissão de Ética para a Saúde do CHLO

Na sequência do parecer solicitado ao gabinete jurídico do CHLO, acerca da dispensa de pedido de consentimento informado para o estudo em causa, venho efetuar o aditamento aconselhado pelo mesmo.

Com os melhores cumprimentos,

Dulce Maria Santos Carreiro Gonçalves

Lisboa, 1 abril 2019

ADITAMENTO

Pedido de Dispensa de Consentimento Informado

A segurança do doente, ao longo das últimas décadas, tem sido reconhecida como uma das dimensões indissociáveis da qualidade dos cuidados em saúde (Institute for Healthcare Improvement, 2017 ; Sousa ; Furtado ; Reis, 2008 ; Institute of Medicine, 2001). Para Hoonhout et al. (2010) esta segurança consiste na ausência de eventos adversos (EA) na prestação de cuidados de saúde. O risco de ocorrência de EA tem levado os enfermeiros a desenvolverem estratégias de promoção da segurança do utente hospitalizado. Entre os mais frequentes nos hospitais, salienta-se a aspiração, que representa um agravamento dos custos económicos e sociais, pelo aumento do tempo de internamento, maior morbilidade e mortalidade (Gandolfi, 2014; Jauch, et al, 2013; Palli, 2017; WL, et al, 2013; Yeh, et al, 2011). A avaliação da disfagia é considerada uma medida imprescindível na prevenção da aspiração.

Tendo sido já implementada a avaliação da disfagia aos utentes da UAVC do CHLO, emerge neste momento aferir a qualidade dessa intervenção, no sentido de introduzir medidas corretivas se assim for concluído, continuando este projeto de melhoria continua das boas práticas.

Neste contexto, o estudo que se pretende efetuar tem como finalidade, em primeira instância, beneficiar todos os utentes admitidos na UAVC, procurando ser uma mais valia para uma recuperação célere e com melhores cuidados de saúde e, por consequência, contribuir para a diminuição da demora média de internamento, diminuição da morbilidade e mortalidade, reduzindo os custos associados. Estes pressupostos revelam elevada pertinência no superior interesse dos utentes e da instituição que os recebe.

Tratando-se de um estudo retrospectivo, o pedido de consentimento informado junto dos utentes e/ou suas famílias/cuidadores seria um processo demasiado moroso e até em muitos casos impossível pela dificuldade de localização dos mesmos. Assim, tendo em conta que este estudo tem como finalidade última o superior interesse dos utentes admitidos na UAVC, venho solicitar que seja dispensado o pedido de consentimento informado.

ANEXOS

Anexo I – Escala de Avaliação da Disfagia - Gugging Swallowing Screen

Nome:

PU:

Data:

Hora:

GUSS *Gugging Swallowing Test*

(Teste de Avaliação da Deglutição)

Secção 1. Avaliação preliminar / teste de deglutição indirecto

	SIM	NÃO
Vígil (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Tosse e/ou pigarreio (tosse voluntária) (o doente deve conseguir tossir ou pigarrear 2 vezes)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Deglutição de saliva	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição sem alteração	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
• Escape de saliva	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
• Modificação da voz (rouca, gorgolejante, molhada ou fraca)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
TOTAL:	(5)	
	1 – 4 = Investigação posterior ¹ 5 = Continuar para a secção 2	

Secção 2. Teste de deglutição directo (Material: água bidestilada, colher de chá rasa, espessante, pão)

Seguir a ordem:	1 →	2 →	3 →
	SEMISSÓLIDO*	LÍQUIDO**	SÓLIDO***
DEGLUTIÇÃO			
• Impossível	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Demorada (> 2 seg.) (sólidos > 10 seg.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
• Sem alteração	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
TOSSE (involuntária) (antes, durante ou após a deglutição – até 3 minutos após)			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
ESCAPE DE SALIVA			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
MODIFICAÇÃO DA VOZ (escutar a voz antes e após a deglutição – o doente deve dizer “i”)			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
TOTAL:	(5)	(5)	(5)
	1 – 4= Investigação posterior ¹ 5 = Continuar para líquido	1 – 4=Investigação posterior ¹ 5 = Continuar para sólido	1 – 4=Investigação posterior ¹ 5 = Normal
TOTAL: (Secção 1 + Secção 2) (20)			

*	Primeiro administre entre 1/3 a metade de uma colher de chá com água bidestilada e espessante (consistência de pudim). Se ausência de sintomas, administrar 3 a 5 colheres. Avaliar no final da última colher.
**	Administre, com uma colher, as quantidades 3, 5, 10, 20 ml de água bidestilada – se ausência de sintomas continuar com um copo com 50 ml de água bidestilada (Daniels et al.2000; Gottlieb et al.1996). Avaliar e interromper a investigação quando um ou mais critérios sejam observados.
***	Administre uma pequena porção de pão seco
¹	Encaminhar para médico fisiatra/terapeuta da fala

RESULTADOS		GRAVIDADE	RECOMENDAÇÕES
20	Semissólido, líquido e sólido com sucesso	Disfagia ligeira / sem disfagia Risco mínimo de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> Dieta normal Líquidos normais (primeira refeição sob supervisão de Terapeuta da Fala ou Enfermeiro com experiência em AVC)
15–19	Semissólido e líquido com sucesso Sólido sem sucesso	Disfagia ligeira Baixo risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> Dieta para disfagia (purés e comida mole) Líquidos muito devagar (um gole de cada vez) Avaliação especializada¹
10–14	Semissólido com sucesso Líquido sem sucesso	Disfagia moderada Risco de aspiração	Dieta para disfagia começando com: <ul style="list-style-type: none"> Textura semissólida como comida de bebé e alimentação parentérica adicional Líquidos espessados Comprimidos esmagados e misturados em líquido espessado Não administrar medicação líquida Avaliação especializada¹ <p><i>Suplementação por via nasogástrica ou parentérica</i></p>
0-9	Investigação preliminar sem sucesso ou semissólido sem sucesso	Disfagia grave Alto risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> NPO (<i>non per os</i> – proibida alimentação por via oral) Avaliação especializada¹ <p><i>Suplementação por via nasogástrica ou parentérica</i></p>

Pedido de dispensa de consentimento informado para o estudo "Gestão do risco clínico e efetividade na prevenção da pneumonia de aspiração"

Importa referir o contexto específico e mais lato daquilo que se entende por dados pessoais que é dado pelo regulamento e que abrange os dados pseudonimizados, na medida em que para efeitos do RGPD dados pessoais são informação relativa a uma pessoa viva, identificada ou identificável, constituindo também dados pessoais o conjunto de informações distintas que podem levar à identificação de uma determinada pessoa. Assim:

Dados pessoais que tenham sido tornados anónimos de modo a que a pessoa não seja ou deixe de ser identificável deixam de ser considerados dados pessoais, e por isso não são abrangidos pelo RGPD. Porquanto, dados pessoais pseudonimizados (codificados), que não identificam directamente a pessoa, poderão ser acedidos e partilhados por e entre várias pessoas ou entidades, ao contrário do acesso a dados pessoais não pseudonimizados que tem de ser limitado.

Para que os dados sejam verdadeiramente anonimizados, a anonimização tem de ser irreversível.

No considerando nº 39 do RGPD, pode ler-se: “as finalidades específicas do tratamento dos dados pessoais deverão ser explícitas e legítimas e ser determinadas aquando da recolha dos dados pessoais. Os dados pessoais deverão ser adequados, pertinentes e limitados ao necessário para os efeitos para os quais são tratados.”

A base jurídica para o tratamento de dados pessoais recolhidos no contexto de ensaios clínicos ou projectos de investigação para os fins definidos no protocolo de ensaio não é o consentimento (artigo 6.º, n.º 1, alínea a) em conjugação com o artigo 9.º, n.º 2, alínea a) do RGPD, mas com as disposições da própria lei (artigo 6.º, n.º 1, alínea (c), conjugado com o artigo 9.º, n.º 2, alíneas j) ou i), do RGPD.

Embora o consentimento informado seja a condição fundamental sob a qual uma pessoa

* Entende-se, de acordo com o art. 4º RGPD, por “Pseudonimização”, o tratamento de dados pessoais de forma que deixem de poder ser atribuídos a um titular de dados específico sem recorrer a informações suplementares, desde que essas informações suplementares sejam mantidas separadamente e sujeitas a medidas técnicas e organizativas para assegurar que os dados pessoais não possam ser atribuídos a uma pessoa singular identificada ou identificável.

** Considerando 26: “Os princípios da proteção de dados deverão aplicar-se a qualquer informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável. (...) Os princípios da proteção de dados não deverão, pois, aplicar-se às informações anónimas, ou seja, às informações que não digam respeito a uma pessoa singular identificada ou identificável nem a dados pessoais tornados de tal modo anónimos que o seu titular não seja ou já não possa ser identificado. O presente regulamento não diz, por isso, respeito ao tratamento dessas informações anónimas, inclusive para fins estatísticos ou de investigação.”

Pedido de dispensa de consentimento informado para o estudo "Gestão do risco clínico e efetividade na prevenção da pneumonia de aspiração"

pode ser incluída em um estudo clínico, o processamento de dados resultante dessa inclusão é definido pela provisão de legislação.

Assim, concluindo (e salvo melhor opinião), assumindo que a base legal para recolha e tratamento de dados até à entrada em vigor do RGPD era o consentimento pessoal (art. 9º alínea j), e que, a partir da entrada em vigor do RGPD, o fundamento para tratamento dados pessoais no contexto da investigação clínica passa a ser o cumprimento de uma obrigação jurídica (tratamento de qualquer tipo de dados artigo 6, nº1 alínea c), bem como o tratamento de dados de saúde e informação genética (investigação científica – art. 9º).

11/04/2019

Maria João Lupi

* Entende-se, de acordo com o art. 4º RGPD, por "Pseudonimização", o tratamento de dados pessoais de forma que deixem de poder ser atribuídos a um titular de dados específico sem recorrer a informações suplementares, desde que essas informações suplementares sejam mantidas separadamente e sujeitas a medidas técnicas e organizativas para assegurar que os dados pessoais não possam ser atribuídos a uma pessoa singular identificada ou identificável.

** Considerando 26: "Os princípios da proteção de dados deverão aplicar-se a qualquer informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável. (...) Os princípios da proteção de dados não deverão, pois, aplicar-se às informações anónimas, ou seja, às informações que não digam respeito a uma pessoa singular identificada ou identificável nem a dados pessoais tornados de tal modo anónimos que o seu titular não seja ou já não possa ser identificado. O presente regulamento não diz, por isso, respeito ao tratamento dessas informações anónimas, inclusive para fins estatísticos ou de investigação."



Comissão de Ética para a Saúde

N.º Registo no RNEC: 20170700050

PARECER

Projeto de Investigação de Mestrado,

Título: “**Gestão do risco clínico e efetividade na prevenção da pneumonia de aspiração**”

Investigadora Principal: **Enf.ª Dulce Carreiro Gonçalves** (Mestranda na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa | Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Serviço de Medicina IV do HSFx – CHLO)

Serviço onde decorrerá o estudo: **UAVC, Serviço de Medicina IV do HSFx – CHLO**

Após reunião de 03 de dezembro de 2018 e no seguimento da receção dos esclarecimentos e documentos solicitados, estando atualmente o estudo de acordo com as normas de submissão impostas por esta CES, deliberou-se emitir **parecer favorável** à realização do mesmo.

A Comissão de Ética para a Saúde solicita à Investigadora Principal que, quando da conclusão deste estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados e conclusões do mesmo.

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental presentes em reunião de 03 de dezembro de 2018:

Presidente: Prof.ª Doutora Maria Teresa Marques

Dr. Carlos Costa, Enf.ª Clara Carvalho, Dra. Helena Farinha,

Dra. Paula Peixe, Dr. José Santana Carlos e Padre João Valente

Pelo exposto, emitiu-se a 17 de abril de 2019, **parecer favorável**.

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

Dra. Paula M. R. Peixe

-atual Presidente da CES do CHLO-

Paula M. R. Peixe

Presidente da Comissão

de Ética para a Saúde do CHLO